VIII. Jahrgang. Wien, 27. Mai 1894. Nr. 21

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen „Klinische Zeit- und Streitfragen“ jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.

INTERNATIONALE

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.

KLINISCHE RUNDSCHAU.

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes,

unter Mitwirkung der Professoren: Baccelli (Rom), Bassini (Padua), Bernheim (Nancy), Buchanan (Glasgow), Crocq (Brüssel), Fraser (Edinburgh), de Giovanni (Padua), Heryng (Warschau), Huchard (Paris), Ladame (Genf), Leichtenstern (Köln), Morselli (Genua), Murri (Bologna), Oertel (München), Rosenbach (Breslau), Semmola (Neapel), Thiry (Brüssel)

redigirt von

Dr. Arthur Schnitzler.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern

Ueber die Wirksamkeit des Ergotins bei der Behandlung der Lungentuberkulose.

Von

M. Dr. J. Crocq

Professor an der Universität Brüssel.

Die Lungentuberkulose steht bei den Pathologen in schlechtem Rufe; noch mehr gefürchtet ist sie ausserhalb des Kreises dieser bei dem Laienpublikum, für das dieser Krankheitsname mit dem nahen Tode gleichbedeutend gilt.

Gleichwohl hat man die Gefährlichkeit der Krankheit übertrieben; offenbar gelangte man dazu durch die Autopsien der Opfer der Tuberkulose, wo man die enormen Verwüstungen constatiren konnte, die die Krankheit angerichtet hatte. Da finden sich in den Lungen weitausgedehnte Zerstörungen, Cavernen, die einen grossen Theil des Organes einnehmen und Verdichtungen, die einen Theil der Lunge undurchgängig machen. Bisweilen ist man versucht, sich zu fragen, wie der Organismus so lange derartigen Läsionen Widerstand leisten konnte, wie trotz ihres Bestehens der Gasaustausch des Blutes in dem für das Leben nothwendigen Ausmaasse stattfinden konnte. Denken Sie weiter an die pathologischen Veränderungen, die der Darm auf grosse Partien darbietet und Sie werden die Widerstandsfähigkeit des ergriffenen Organismus bewundern müssen.

Es wäre aber ein schwerer Irrthum, wenn man glauben würde, dass die Tuberculose immer und unabwendbar diese schweren Verwüstungen anrichtet. Stellen Sie diesen ungünstigen Fällen blos je ein Autopsien zur Seite, wo man in den Lungenspitzen die unbestreitbaren Spuren einer alten Tuberculose vorfindet, obsolete, vertrocknete, verkreidete nnd verkalkte Cavernen und Sie werden diese letzteren Fälle als die häufigeren erkennen.

Diese Metamorphosen können auch in höchst schweren Fällen platzgreifen, wo die pathologischen Veränderungen bereits einen hohen Grad erreicht haben und ich werde nie die Autopsie einer 70jährigen Frau vergessen, die an einer ganz anderen Affection gestorben war, und bei der sich die ganze linke Lunge atrophirt, in eine luftleere Masse verändert zeigte, mit dem costalen Pleurablatte überall verwachsen, durchsetzt von kreidigen und verkalkten Massen, während auch die rechte Lunge an der Spitze indurirte und verkreidete Stellen hatte. Diese alte Frau hatte demnach lange Zeit vorher, in ihrer Jugend, eine Tuberkulose der ganzen linken Lunge und der rechten Lungenspitze überstanden und war radikale Heilung dieser schweren Läsion eingetreten.

Es handelt sich demnach um Fälle von ganz verschiedenem Auftreten und Verlauf — die einen zur unaufhaltsamen Zerstörung des Organismus führend, die anderen zu Heilungsvorgängen neigend, die die Fortsetzung des Lebens gestatten. Gleichwohl sind die primären Läsionen immer die gleichen, im gleichen Gewebe und nach dem gleichen Mechanismus hervorgerufen. Sie enthalten auch die gleichen Bacillen, deren Zahl bald überreich, bald spärlich oder selbst fehlend, auf den weiteren Verlauf der Krankheit ohne Einfluss ist, indem dieser ein günstiger sein kann in den Fällen, wo die Bacillen in grosser Anzahl vorhanden sind und letal in Fällen, wo man nur wenig Bacillen findet.

Woher mögen diese Verschiedenheiten im Verlaufe der Krankheit kommen? Um sie zu verstehen müssen wir uns genaue Rechenschaft von dem Gange der tuberkulösen Läsion geben.

Der Tuberkel neigt, einmal hervorgerufen, zu zweierlei Veränderungen. Die eine ist die fibröse Umwandlung, hervorgerufen durch abundantes Proliferiren der bindegewebigen Elemente, welche die tuberculöse Neubildung umschliessen und gewissermassen ersticken und man findet bisweilen Lungen, die diese fibrösen Tuberkel in grosser Zahl enthalten, ohne irgend welche Spuren von Destruction oder Cavernenbildung aufzuweisen.

Die andere ist die fettig-granuläre Metamorphose. Sie kann zur Zerstörung der Gewebe führen, aber nicht aus unbedingter Nothwendigkeit, ich möchte eher sagen, dass ihr Verlauf normaler Weise eher zur Heilung neigt. In dem Maasse nämlich, als die fettig-granulare Metamorphose fortschreitet, verfallen die verflüssigten Gewebe der Resorption und nur die widerstandsfähigeren Gewebsbestandtheile bleiben übrig, die nun immer festere Consistenz annehmen, erst käsig, dann kreidig transformirt werden, schliesslich vollständig verkalken. Diese Veränderungen stellen für mich die natürliche und normale Entwicklung der tuberkulösen Affection dar; die zum endlichen Siege der Heilkraft der Natur, nämlich zur vollständigen Genesung führt.

Warum beobachtet man nun nicht immer diesen Heilungsvorgang? Wie kommt es, dass sich in einer grossen Anzahl von Fällen an Stelle dieses conservativen Entwicklungsganges des Leidens Tendenz zur Destruction zeigt?

Man beobachtet dies als Folge eines Umstandes, der dem Heilungsprocesse zuwiderläuft, nämlich von Entzündungsvorgängen in den benachbarten Lungenpartien. Diese Entzündung leitet gegen die kranke Stelle hin die im Uebermaasse erzeugten exsudativen Producte, sie verhindert die schrittweise Resorption der veränderten Gewebselemente, sie führt zu deren Verflüssigung und Vereiterung, mit einem Worte zur progressiven Zerstörung der Gewebe.

So nimmt die Läsion bösartigen Character an, statt der ursprünglichen, natürlichen Tendenz zur Heilung und die Entzündung in der Umgebung ist die Ursache dieser Veränderung. Verhindern Sie das Entstehen dieser Entzündung und Sie werden ihre traurigen Folgen verhindern: der Kranke wird genesen.

So erzielt ein vernünftiges, reizloses Regime, zur rechten Zeit vorgeschrieben, günstige Resultate. Deshalb werden Erkältungen mit den darauffolgenden Bronchitiden und Bronchopneumonien für Tuberkulöse so verhängnissvoll. Daraus erklärt sich auch, warum im Beginne des Leidens oder bei acuten Exacerbationen ein Aderlass von grossem Nutzen sein kann und warum in gewissen Fällen durch Hautderivantien eclatante Erfolge erzielt werden. Dies auch der Grund, warum auf eine Hämoptoe oft Besserung des Zustandes des Patienten unmittelbar folgt, indem Oppressionsgefühl und Husten von da an sich bessern. Darum sieht man auch von der Anwendung des essigsauren Bleies, das ich für die Behandlung der Pneumonie empfohlen habe — günstige Erfolge[1]: Ich habe wiederholt derartige Fälle beobachtet.

Unter den wirksamen Mitteln, die man gegen die Hämoptoe verschreibt, die so oft die Lungentuberkulose begleitet, stehen obenan das Mutterkorn und das Ergotin, sei es in der Verabreichung per os oder subcutan. Mit vollem Rechte wird es in diesen Fällen mit Vorliebe angewendet und ich selbst habe oft genug Gelegenheit gehabt, mich in unanfechtbarer Weise von seiner günstigen Einwirkung zu überzeugen. Unter seinem Einflusse sah ich sofort und mit einem Schlage Hämorrhagien sistiren, die schon lange Zeit angedauert hatten und die sich immer wieder einstellten, so oft das Mittel ausgesetzt wurde. In gewissen Fällen expectorirt der Kranke jeden Tag eine gewisse Menge von Blut und kann diese Erscheinung durch Monate fortbestehen. Durch Anwendung von Ergotin bringt man sie zum Verschwinden, sie kommt wieder, wenn man das Mittel zu früh fortlässt. Deshalb sagte ich, dass sein Einfluss für diese Fälle unbestreitbar ist. Das Präparat, dessen ich mich bediene, ist der wässerige Extract des Mutterkornes, unter dem Namen BONJEAN'sches Ergotin bekannt.

Oft genug habe ich das Präparat Phthisikern verordnet, und habe seine Anwendung bisweilen lange Zeit fortgesetzt, in der Absicht, das Wiederkommen der Hämorrhagien zu verhindern. Zu meinem Erstaunen stellte sich ausser der Wirkung, die ich herbeiführen wollte, noch eine zweite, nicht minder günstige ein; Auswurf und Oppressionsgefühl wurden geringer und auch der Allgemeinzustand der Patienten zeigte Besserung. Ich erklärte mir die erzielten Erfolge aus den vaso-constrictorischen Eigenschaften des Ergotines, die auch nach dem Stillen der Blutung noch fortwirkend, den congestiven Zustand der Gewebe herabsetzen und mit ihm jene Erscheinungen, die durch ihn hervorgerufen wurden, günstig beeinflussen. Auf diese Thatsachen gestützt, verschrieb ich dann das Mittel auch in Fällen, wo Bluthusten nicht vorhanden war und erzielte gleicherweise bemerkenswerthe Besserungen und selbst Heilungen, zumal in noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen, die mit Oppressionsgefühl und reichlichem schleimigen Auswurfe einhergingen und wo es leicht und schon bei geringfügigen Anlässen zu congestiven Erscheinungen gekommen war. Diese Thatsachen erklären sich zwanglos aus den von mir früher auseinandergesetzten Erwägungen über die Rolle, die entzündliche Vorgänge bei der Entwicklung der Tuberkulose spielen.

Das Ergotin wird von den Verdauungswegen zumeist gut vertragen. Es wirkt auf die erkrankte Lunge, indem es die Gefässe verengert. So vermindert es die Neigung zu Blutungen und bringt diese endlich gänzlich zum Verschwinden. Es verringert den Auswurf, es verhindert entzündliche Processe oder hat wenigstens die Neigung, solche, wo sie bestehen, wieder zur Lösung zu bringen.

Das Secale cornutum wurde schon vor mir bei der Behandlung der Lungentuberkulose mit Vorliebe angewendet — auch in Fällen ohne Hämoptoe, während es bei letzterer sehr häufig in Anwendung kommt. Seine Wirkung wurde 1853 durch einen italienischen Autor, LUIGI BAROLA, dargethan, dessen Werk von der königlichen medico-chirurgischen Akademie in Turin durch einen Preis ausgezeichnet wurde[1]).

Dieser Autor gibt an, dass das Mittel vor ihm schon von den Professoren DEL CHIPPI und GACHERO angewendet wurde und spricht diesen deshalb ein grosses Verdienst zu. Er empfiehlt es nicht blos für die Tuberkulose, sondern auch für die Pneumonie und für Bronchitiden, die mit abundanter Expectoration einhergehen.

BAROLA stellt seine Wirkung der des Digitalis an die Seite, vor dem es den Vorzug hat, dass Störungen der Herzaction dadurch nicht hervorgerufen werden. Das von ihm bevorzugte Präparat ist ein wässeriger Auszug des Secale cornutum, also analog dem von BONJEAN als Ergotin bezeichnetem Präparate, das hier gemeiniglich angewendet wird.

Als später andere Fragen in den Vordergrund des Interesses traten und andere pathologische Auffassungen massgebend wurden, verlor man das Mittel aus den Augen und vergass es gänzlich in dem Masse, dass das grosse therapeutische Sammelwerk, welches im Jahre 1893 in Paris unter der Leitung von CHARCOT, BOUCHARD und BRISSAND herausgegeben wurde, desselben bei der Behandlung der Lungentuberkulose, selbst wenn es sich um Hämoptoe handelt, nicht Erwähnung thut, und seine Anwendung, in Form von subcutanen Injectionen blos zur Bekämpfung der Nachtschweisse beiläufig empfiehlt. Auch NOTHNAGEL und ROSSBACH beschränken sich in ihrer Pharmakologie darauf, die Wirksamkeit des Mittels bei Hämoptoe anerkennend zu erwähnen. Ich glaube eine nützliche That zu vollbringen, wenn ich die Aufmerksamkeit der Pathologen wieder auf dieses Mittel lenke, das thatsächlichen Werth besitzt und mit Unrecht in Vergessenheit gerieth. Man kann es zugleich mit anderen Mitteln, die indicirt sein mögen, verordnen; ich habe es insbesondere gleichzeitig mit Opium, Morfin, essigsaurem Blei, Bismuthum subnitricum, Tartarus stibiatus, Jodnatrium und Digitalis angewendet.

Ich verordne es in Mixtur von 50 *cgr* bis 4 *gr* im Tage, oder in Pillen zu 10 bis 20 *cgr*, von denen man 3 oder 4 im Tage nehmen lässt, oder endlich in subcutanen Injectionen von 50 *cgr* bis zu 1 *gr*.

[1]) J. CROCQ. «Ueber die Anwendung des Bleiacetates bei der Behandlung der acuten lobären Pneumonie. Congrès Internat. de thérapeutique, Paris 1890, p. 143.

[1]) LUIGI BARLOA, Della tuberculosi in genere e della phtisi pulmonare in specie; Torine 1849. p. 646.

Chirurgische Fragmente.

II.

Die Behandlung eingeklemmter Brüche, innerer Einklemmungen und anderer chirurgischer Krankheiten.

Von

Dr. J. Neudörfer in Wien.

Auf den Flügeln des Fortschrittes eilt der menschliche Geist rastlos vorwärts, um neue Entdeckungen und neue Erfindungen zu machen; stolz und begeistert blickt derselbe auf die zahlreichen Errungenschaften die täglich in der Wissenschaft, in der Kunst und in der Industrie ihm entgegenlächeln, und freuet sich innig ein Kind seiner Zeit zu sein. — Mitleidig und herablassend blickt derselbe auf die Vergangenheit zurück, die er nach jeder Richtung als minderwerthig, armselig und beklagenswerth hält, und doch zeigt sich bei näherer Einsicht der Verhältnisse der Unterschied zwischen Gegenwart und Vergangenheit nicht gar so grossartig und nicht immer zu Gunsten der ersteren. Man kann sich leicht überzeugen, dass jede neue Entdeckung, jede neue Erfindung nur in der Zugabe oder in der Weglassung einer Kleinigkeit zum oder vom Alten und Bekannten bestehet, dass wir aber in der Erkenntniss des Wesens der Dinge seit Jahrtausenden nicht viel fortgeschritten sind.

Von der inneren Medicin, sich ihrer Schwäche, ihres schwankenden Bodens bewusst sich bescheidet durch sorgfältige Beobachtungen, langsam und bedächtig vorwärts zu kommen, will ich hier nicht sprechen; sie hat genug zu thun, um sich des von allen Seiten ihr aufdrängenden Fortschrittes, in Form der zahllosen täglich sich mehrenden, auf chemischem Wege fabriksmässig dargestellten neuen Heilmittel zu erwehren. Anders verhält es sich mit der Chirurgie; Manche, besonders jüngere Chirurgen glauben die Chirurgie habe den Kulminationspunkt des Fortschrittes erklommen um den Himmel stürmen zu können. Dadurch wurde die Aufgabe der Chirurgie verkannt, ihr Standpunkt verrückt. Das Hauptziel dieser Chirurgen war die Operation, die Heilung des Leidens war eine Frage von sekundärem Interesse. Man konnte nicht oft genug, nicht zeitlich genug die drei grossen Körperhöhlen eröffnen, die in denselben befindlichen lebenswichtigen Organe ein-, durch- und ausschneiden. — Mit leichtem Gewissen, frischem Muthe und mit fröhlichem Herzen hat man probeweise die Bauch- und Schädelhöhle eröffnet, und es als Triumph der Wissenschaft proclamirt, wenn der Operirte, ohne von seinem Leiden geheilt worden zu sein, am Leben geblieben, wenn die Bauchwunde per primam geheilt und in die Trepanwunde eine Celuloidplatte eingeheilt ist — und es ist beinahe zu verwundern, wenn die Begeisterung und Verhimmelung des chirurgischen Fortschrittes noch nicht den Vorschlag gereift hat, die alte Herniotomie durch die moderne Laparotomie zu ersetzen, um die Entspannung und das Heben der Einklemmung von der Bauchhöhle aus vorzunehmen und die Reposition der Vorlagerung rationeller durch Zug des zu- und abführenden Darmes, anstatt durch Druck auf die vorgelagerte Schlinge vom Bruchsacke aus zu bewirken, oder gar die Laparotomie als prophylaktische Operation gegen die Bauchfelltuberkulose und die Trepanation als Prophylakticum gegen Hirndruck und Gedankenverarmung zu empfehlen! — Unter solchen Verhältnissen scheint es nicht überflüssig zu sein, zu betonen, dass nicht die Operation, sondern die Heilung der Krankheit die Aufgabe des Chirurgen ist, und dass es ihm als das glänzendste Verdienst anzurechnen ist, wenn er die Heilung einer chirurgischen Krankheit ohne Operation zu Stande bringt; nur wenn dieselbe auf keine andere Weise zu erreichen ist, wird er als ultimum refugium zum blutigen Eingriff schreiten, und sich dabei vor Augen halten, dass die Heilung auf blutigem Wege nur als halber Erfolg zu bezeichnen ist. Er wird nicht gerade stolz auf denselben sein, hat sich desselben aber auch nicht zu schämen, da es leider bei unserem gegenwärtigen Standpunkte der Wissenschaft nicht möglich ist, überall die Heilung auf unblutigem Wege, das ist den vollen Erfolg, zu erreichen.

Zur Ermöglichung eines vollen chirurgischen Erfolges ist es jedoch nöthig die Chirurgie nicht erst vom Jahre 1867 zu datiren und mit der Trinität «Carbolsäure, Sublimat und Jodoform» die chirurgischen Heilmittel nicht als erschöpft zu halten. Man muss wissen, dass es lange vor 1867 und selbst im grauen Alterthum Chirurgen gegeben hat, die obwohl gewandt und erfahren in der Messerführung es verstanden haben, schwere chirurgische Krankheiten ohne Beihilfe des Messers zu heilen, mit einfachen Mitteln, die vielleicht wegen ihrer Einfachheit, wegen ihres Alters verlassen und vergessen worden sind. Mancher Chirurg nimmt Anstand, die alten Mittel wieder anzuwenden, aus Furcht selbst für veraltet und obsolet gehalten zu werden.

In nachfolgenden Zeilen will ich es unternehmen, einzelne der veralteten und missachteten chirurgischen Heilmittel zu rehabilitiren, ihre Wirksamkeit an einzelnen schlagenden Beispielen zu illustriren. Ich werde mich dabei nicht auf die Anführung des alten Mittels beschränken, sondern versuchen die Art und Weise seiner Wirkung festzustellen, zu zeigen, wie die wenigen dem Mittel anhängenden Fehler zu beseitigen sind. Ich will das alte Mittel verjüngen, modernisiren und demselben auf diese Art neue Bahnen eröffnen und neue Anhänger und Freunde zuführen.

Ich halte es für passend den nachfolgenden Zeilen das Motto vorauszuschicken, welches ich meinem letzten Buche an die Stirne gedrückt habe:

> Der Fortschritt ist ein stetes Prüfen,
> und ebenso oft ein Zurückgehen zum Alten,
> wie ein Fortschreiten zum Neuen.

* * *

Eine der schwersten, schmerzhaftesten und gefährlichsten Erkrankungen des menschlichen Körpers stellen die Einklemmungen des Darmes in- und ausserhalb der Bauchhöhle vor, welche zur Entwickelung und Ausbildung eines speciellen Zweiges der Chirurgie, zur Chirurgie des Darmes, geführt haben.

Jedem Internisten sind die Begriffe der Darmincarceration ebenso geläufig wie dem Chirurgen, ein jeder kennt die mit dieser Eventualität verknüpfte Lebensgefahr und die Nothwendigkeit, die Einklemmung auf irgend eine Art und so bald als möglich zu beheben.

In jedem pathologisch anatomischen Museum kann man die verschiedenen Typen, sowie die Ursachen der Darmeinklemmungen studiren und in jedem grösserem Lehr- und Handbuch der Chirurgie findet man die verschiedenen Einklemmungstypen systematisch geordnet beschrieben und durch schematische und naturgetreue Abbildungen erklärt und versinnlicht, die ich daher als allgemein bekannt voraussetzen kann und auf die ich hier nicht näher einzugehen brauche.

Weniger klar ist die Einsicht, worin diese Verschiedenheit zu suchen ist und was bei der Darmeinklemmung den Process so gefährlich macht. Die Unwegsamkeit des Darmes für die Fortbewegung seines Inhaltes allein ist es jedenfalls nicht. Es gibt zahlreiche Individuen bei denen der Darminhalt durch längere Zeit fast gar nicht fortrückt, Menschen, die acht, vierzehn Tage oder noch längere Zeit keinen Stuhl haben und die gleichwohl, wenn auch nicht frei von anderen Beschwerden, keine Einklemmungserscheinungen zeigen. Die englischen Chirurgen geben wahrhaft erstaunliche Schilderungen von lange dauernder Unwegsamkeit des Darmes beim Fehlen von Erscheinungen der Darmeinklemmung. Jedenfalls ist die Unwegsamkeit des Darmes allein, mag dieselbe durch was immer für Ursache enstanden sein, nicht die Ursache und auch nicht das Essentielle der schweren Einklemmungserscheinungen.

Auch die bei der Darmeinklemmung immer vorhandene Circulationsstörung vermag als solche die schweren Einklemmungserscheinungen weder hervorzurufen, noch zu erklären, weil sowohl die Arterien als auch die Venen in der kürzesten Zeit ein sich ihnen entgegenstellendes Circulationshinderniss, (selbst

in der Form einer Gefässligatur) durch Bildung eines Collateralkreislaufes zu umgehen vermögen.

Ich glaube mit Nachdruck darauf hinweisen zu sollen, dass bei der Arterienligatur, wo das Gefäss durch einen Faden so fest als möglich zugeschnürt wird, an der Einschnürungsstelle nicht jedesmal Nekrose und Eiterung der Gefässwand zu Stande kommt, sondern, dass an der Einschnürungsstelle die Fadenschlinge sich lockert; an dieser Stelle der Gefässenge erhebt sich dann eine Bindegewebswucherung, welche das ligirte Gefäss fest verschliesst und dasselbe mit der Umgebung verlöthet. Ich glaube daher keinen Fehlschluss zu machen, wenn ich annehme, dass manche Verwachsung eines Bruches mit seinem Bruchsacke, so mancher den Darm umschliessende Strang einer Bindegewebswucherung zuzuschreiben ist, die durch eine lokale Reizung des Darmes, vielleicht auch durch eine leichte Einschnürung hervorgebracht worden ist.

Ich stelle mir vor, dass eine blosse Einschnürung, eine Verengerung des Darmlumens noch keine Incarcerationserscheinung hervorruft, sondern zumeist eine Atrophie des Darmes an der Einschnürungsstelle setzt, welche die Einklemmungserscheinungen hindert, indem sowohl der Darminhalt als auch das Blut der Darmgefässe in ihrer Bewegung nicht ganz unterbrochen wird. Sekundär entwickelt sich an der Einschnürungsstelle eine Bindegewebswucherung, welche die Sache ernster macht, indem eine spontane Reduction des eingeschnürten Darmes nicht so leicht wie früher zu Stande kommt.

Erst wenn an der Einschnürungsstelle aus irgend einer Ursache sich eine Entzündung entwickelt d. h. wenn zur entzündeten Stelle mehr Blut und mehr Gewebsflüssigkeit zuströmt, da wird an der Druckstelle nicht mehr Atrophie, sondern Anschwellung des Gewebes entstehen. Die nächste Folge dieser entzündlichen Schwellung an der Einschnürungsstelle ist eine läsio functionis des Peritoneums der von der Einschnürung getroffenen Darmschlinge.

Die Function des normalen, des gesunden Peritoneums ist eine zweifache; sie bildet eine Schutzwand gegen den Uebertritt von zersetzter fauler Flüssigkeit aus der Darm- in die Bauchhöhle. — Das Peritoneum ist zwar eine dialysirende Membram, welche continuirlich eine Diffusion, eine Osmose zwischen dem Darminhalt und der Peritonialflüssigkeit unterhält, aber sie ist dabei sehr wählerisch, sie lässt nur solche für den Körper noch verwerthbare Substanzen aus der Darm- in die Bauchhöhle übertreten und umgekehrt Zerfalls- und Ausscheidungssubstanzen aus der Bauch- in die Darmhöhle zurücktreten. Das Peritoneum besitzt so wie die Magenschleimhaut ein elektives Diffusionsvermögen, eine elektive Osmose. Das entzündete Peritoneum ist zwar noch immer eine dialysirende Membran, aber sie hat das Elektionsvermögen eingebüsst und lässt, wie eine todte Membran, ohne besondere Auswahl einen gegenseitigen Austausch der Flüssigkeit zwischen Darm und Bauchhöhle nach einfachen physikalischen Gesetzen zu. Es werden daher auch zersetzte und faulende Flüssigkeiten aus dem Darminhalt in die Bauchhöhle übertreten. In der Bauchhöhle aber werden Flüssigkeiten bekanntlich sehr rasch absorbirt und in die Blutbahn überführt. Das ist die zweite Function des Peritoneums.

Die hohe Bedeutung des Peritoneums für den Organismus liegt also darin, 1. eine Schutzmauer zu bilden gegen die zahlreichen Gifte, die im Darme ebenso reichlich wie in jedem Unrathskanale vorhanden sind. 2. In der Ausnützung der im Darmkanale vorhandenen für den Organismus noch verwendbaren Substanzen, die rasch in's Blut aufgenommen werden, sowie die Zerfallsprodukte, die in der Peritonealflüssigkeit sich findet, in den Darmkanal hinein auszuscheiden. Das Peritoneum bildet demnach ein Filter und gleichzeitig bildet sie eine Membran für Resorption und Exkretion.

Diese functio laesa des entzündlich geschwellten Peritoneums an der eingeschnürten Darmschlinge bildet das Essentielle der Darmeinklemmung und erklärt die schweren und gefährlichen Erscheinungen der Darmincarceration. — Wir haben demnach bei Darmincarcerationen neben der Darmstenose, welche die Fortbewegung des Darminhaltes, die Blut- und Lymphcirculation hemmt oder ganz aufhebt, noch eine Entzündung aller an der stenisirten Darmschlinge befindlichen Gewebe und in Folge dieser ein Uebertritt zersetzter und fauler Flüssigkeit aus dem Darm in die freie Bauchhöhle, die von dort sehr rasch ins Blut übergeführt werden und den Körper vergiften. Die septische Intoxication des Organismus stellt die Hauptgefahr für das Leben des mit einer Darmeinklemmung behafteten Menschen dar.

Ob und welche Bedeutung das bac. coli com. und die zahlreichen andern im Darminhalt befindlichen Mikroben für die septische Infection des an Darmincarceration Leidenden haben, soll hier nicht näher erörtert werden. Ich kann in dieser Frage von den Bacterien ganz absehen, nachdem die Anwesenheit von Faulflüssigkeit in der Peritonealhöhle auch ohne Zuhilfenahme von Bacterien zur Entstehung einer septischen Intoxication vollkommen ausreicht.

Nahezu ebenso gefährlich wie die septische Infection ist das Absterben und Brandigwerden der incarcerirten Darmschlinge, welches selbst zur Sepsis führt, wenn eine solche nicht schon früher durch die functio laesa Peritonei entstanden war.

Ich habe in dem Bisherigen keinen Unterschied gemacht, zwischen den eingeklemmten Leisten, Schenkel- und andern äusseren Brüchen und den sogenannten inneren Einklemmungen, weil ich überzeugt bin, das Wesen der Einklemmung ist bei äusseren Brüchen ganz dasselbe wie bei inneren Incarcerationen, mag dieselbe durch einschnürende Stränge, durch Druck oder Knickung, oder durch Achsendrehung, Volvolus, oder durch Intussusception, Invagintion hervorgebracht worden sein; dennoch halte ich es gerechtfertigt die Einklemmung äusserer Brüche getrennt von den inneren Einklemmungen abzuhandeln, weil die Prognose, so wie die Acuität des Verlaufes bei der Einklemmung äusserer Brüche ein wenig günstiger ist als bei den inneren Einklemmungen.

Der Grund für diese Verschiedenheit ist einleuchtend wenn man bedenkt:

1. Es ist immerhin möglich, wenn dieses auch selten eintritt, ohne Hebung der Einklemmung das Leben zu erhalten. Wenn es der Natur gelingt, den eingeklemmten Darm durch eine Entzündung vollständig von der Bauchhöhle abzuschliessen dann wird der abgekapselte, stellenweise abgestorbene oder brandige Darm, für seinen Inhalt einen Ausweg (durch die Haut) nach aussen suchen, es wird sich ein künstlicher After bilden und das Leben erhalten bleiben. Die Abschliessung und Abkapselung des eingeklemmten Darmes von der Bauchhöhle kann leichter bei den äusseren Incarcerationen als bei den inneren zustande kommen, weil bei den ersteren der Verschluss des Bruchsack-Halses schon hinreicht um den brandigen Darm von der Bauchhöhle abzuschliessen, während bei den inneren Incarcerationen zum Abschluss des brandigen Darmes von der Bauchhöhle ein ganzer Sack, eine Cyste aus neugebildetem Gewebe gebildet werden muss, was nicht leicht und nicht schnell genug zu Stande kommt, da die inneren Einklemmungen zuweilen schon nach 20—36 Stunden tödtlich verlaufen.

Auch die Verschiedenheit in der Acuität des Verlaufes bei den inneren und äusseren Incarcerationen ist begreiflich. In der freien Bauchhöhle ist die Diffussion, der Austausch von Flüssigkeiten von der Darm- in die Bauchhöhle und umgekehrt viel intensiver und auch schneller, als in den engbegrenzten Bruchsacke. Es wird demnach beim Verlust des Elektivermögens von Seite des Peritoneum viscerale der Uebertritt von Fäulnissflüssigkeit aus dem Darme in die Bauchhöhle und ins Blut viel reichlicher und viel schneller erfolgen, als in dem Bruchsacke. Die septischen Erscheinungen werden daher bei den inneren Incarcerationen auch viel intensiver sein und rascher erfolgen als bei den äusseren Einklemmungen. Es gibt jedoch auch Ausnahmen von dieser allgemeinen Regel, und da auch die Symptome bei der äusseren

und inneren Einklemmung nur gradativ von einander abweichen, so ist es gestattet, dieselben hier gemeinschaftlich zu besprechen.

Die Einklemmungssymptome sind im Beginne des Leidens relativ gering. Der Kranke fühlt es, dass an einer bestimmten Stelle ein Hinderniss für die Fortbewegung des Darminhaltes besteht, er fühlt sich unbehaglich, hat öfters Aufstossen, vermag aber ausser Bett zu bleiben und sich zu beschäftigen. Mit dem Fortschritt des Leidens ändert sich das Bild. Das auffallendste Symptom ist der intensive, durch kein Mittel stillbare Schmerz, welcher sich kundgibt durch grosse Unruhe und Hinfälligkeit des Kranken. Derselbe krümmt, windet und wälzt sich im Bette. Der Gesichtsausdruck, der Blick verkünden Angst und Schmerz, die Gesichtszüge sind entstellt. Ein weiteres Symptom ist das häufige Aufstossen, später Erbrechen zuerst bitterer, dann übelriechender und endlich kothiger Massen. Dabei ist ein Drang zur Stuhlentleerung, welcher nicht befriedigt werden kann. Es kommt zwar zuweilen zu Entleerungen, aber der Kranke fühlt sich durch dieselben in keiner Weise erleichtert, häufiger ist es bloss blutiger Schleim, der unter schmerzhaftem Tenesmus entleert wird. Die Urinsecretion wird sehr spärlich, Der Urin ist stark indikanhältig. Die Haut ist welk, gelblich, allenthalben mit kaltem klebrigen Schweisse bedeckt. Der Kranke leidet an unstillbarem Durst, verweigert aber doch zu trinken, weil jeder Trinkversuch von starkem Erbrechen begleitet ist, welches die Schmerzen steigert. Das Leiden bleibt in der Regel unverändert und dauert bei freiem Kopfe und klarem Bewusstsein, mit einer kurzen Euthanasie bis zu dem den Kranken erlösenden Tode.

Eine spontan eintretende Hebung der Incarceration ist nur möglich, so lange an der Einschnürungsstelle keine Entzündung aufgetreten und so lange keine septische Intoxication durch Uebertritt von Fäulnisssubstanzen aus dem Darme in die Peritonealhöhle und von da ins Blut stattgefunden hat. Wenn einmal Entzündung an der Incarcerationsstelle eingetreten, dann schreitet der Entzündungsprocess auf die einschnürende Darmschlinge fort, dann ist das Leben nur zu erhalten, wenn die erkrankte, dem Tode geweihte Partie des Darmes durch einen undurchlässigen Damm von der Bauchhöhle abgeschlossen ist. Es kommt dann zu einem eitrigen Durchbruch nach aussen und zu einem künstlichen After.

Was nun die Behandlung anlangt, so handelt es sich selbstverständlich um die Herstellung der Wegsamkeit des Darmes für seinen Inhalt, sowie für die freie Circulation der Blut- und Lymphwege, mit anderen Worten um Beseitigung der Stenose. So lange noch keine Entzündung an der stenosirten Stelle vorhanden ist, ist sogar seine spontane Reduction möglich, und es scheint, dass eine solche häufiger eintritt, als man dies vermuthet; dort wo eine solche nicht eintritt, sucht man dieselbe durch künstliche Anregung einer lebhaften Peristaltik herbeizuführen. Dieses geschieht am besten durch Massage, durch vorsichtiges Kneten, Reiben, Drücken an der stenosirten Stelle durch kräftige Bewegungen der Därme oberhalb der Stenose, durch abwechselnde Application der Kälte und Wärme, mittelst Aethylaether, Aethylchlorid und Heisswasserfomente, durch Beckenhochlagerung oder durch Inversion des Körpers, durch Kopfstellung, oder durch Suspension eventuell durch Irrigation mit Wasser oder Luft. In diesem Stadium sind auch Abführmittel per os und per anum zulässig.

Anders verhält sich die Sache, wenn bereits Entzündung an der stenosirten Stelle des Darmes sich eingestellt hat und wenn die Folgen der Entzündung auf die Function und das Leben des Peritoneums und der ganzen eingeschnürten Darmschlinge bemerkbar und wenn bereits septische Intoxicationen eingetreten sind, dann darf keine Massage, keine Inversion und Suspension des Körpers vorgenommen, keine Purgantien per os gegeben werden, die tiefe Einführung des Darmrohres, die Irrigation und das Einpumpen von Luft und von Flüssigkeit ist nutzlos und die Anwendung drastischer Purgantien wie oleum crotonis per anum ist direkt schädlich. Küttner aus St. Petersburg[1]) behauptet, sowie Rust, «P u r g i r m i t t e l u n d r e i z e n d e K l y s m e n b e i I n c a r c e r a t i o n e n d e s D a r m e s s i n d V e r s ü n d i g u n g e n g e g e n d i e P a t h o l o g i e u n d g e g e n d e n g e s u n d e n M e n s c h e n v e r s t a n d, s i e m a c h e n d e n V e r l a u f a c u t e r, g e f ä h r l i c h e r u n d u n e r t r ä g l i c h e r.» Hier ist die absolute Ruhe des Darmes und des ganzen Körpers, die Anwendung von Opium, von Morphium und von narkotischen Mitteln angezeigt; Eispillen innerlich und Eisumschläge äusserlich erleichtern den Zustand einigermassen, aber auf den Verlauf der Incarceration sind sie ohne Einfluss. Man hat in früheren Jahren bei äusseren und inneren Einklemmungen auch Klystiere eines Tabakinfuses empfohlen. Ich vermag weder einen theoretischen noch einen praktischen Grund für diese Empfehlung anzuerkennen. Ich hatte nicht den Muth ein Mittel zu versuchen, dessen Heilvermögen sehr fraglich ist, dass aber entschieden nachtheilig, giftig wirkt; Leider gibt es in der Chirurgie manche Beispiele, wo bei schwer oder unheilbarer Krankheit ohne Begründung und Kritik Mittel empfohlen werden, die bei ihrer absoluten Unwirksamkeit direkt schaden.

Zu jener Zeit, wo der Aderlass als eines der wichtigsten und am häufigsten angewendeten Heilmittel der Medicin gehalten wurde, hat man den Aderlass auch gegen äussere und innere Incarcerationen des Darmes angewendet, der Erfolg scheint aber kein besonders günstiger gewesen zu sein.

Es scheint auch die Erfolglosigkeit des Aderlasses gegen die Darmeinklemmung ganz erklärlich. Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass die Vertheilung des Blutes im Körper keine gleichmässige ist. Worm Müller hat es experimentell nachgewiesen, dass die Blutmenge in der Bauchhöhle relativ grösser als an anderen Körperregionen ist, weil die Geschwindigkeit der Blutbewegung in der Bauchhöhle abnimmt und gleichsam eine Stagnation des Blutes daselbst darstellt. Umgekehrt wird daher der Aderlass keine Depletion von Blut in der Bauchhöhle bewirken; es wird vielleicht eine Ohnmacht in Folge von Hirnanämie durch Aderlass eintreten, ohne dass eine Anämie in der Bauchhöhle eingetreten wäre. Die Wirkung des Aderlasses auf die in Folge der Einklemmung entstandene Entzündung des Darmes wird daher sehr fraglich sein. Auf die Erhaltung der Function und des Lebens der eingeschnürten Darmschlinge ist die Blutentleerung durch den Aderlass jedenfalls nachtheilig. Der Aderlass ist daher schon seit langer Zeit aus der Therapie der Darmeinklemmungen verschwunden.

Auch die Applikation der Blutegeln, denen von erfahrenen Aerzten eine heilsame Wirkung bei Darmeinklemmungen nachgerühmt und deren Anwendung warm empfohlen worden ist, hat man vernachlässigt. Die Blutegel stehen ja als Blutentziehungsmittel dem Aderlass weit nach, nachdem aber der Aderlass sich als unwirksam gegen die Darmeinklemmung erwiesen hat, so hat man auch den Blutegeln misstraut und den Rath sie anzuwenden wenig gewürdigt. — Der Vorschlag, zur Hebung der Darmeinklemmung die Elektricität zu verwenden, ist meines Wissens niemals praktisch und jedenfalls mit Erfolg nicht ausgeführt worden. Auf den Vorschlag die Einklemmung auf mechanische Art dadurch zu heben, indem man dem Kranken eine grosse Menge metallischen Quecksilbers, oder Bleikugeln verschiedener Grösse verschlucken lässt, brauchte ich hier nicht näher einzugehen. Derselbe zeigt nur wie trost- und erfolglos die medikamentöse Therapie der Darmeinklemmung sein muss, wenn man auf so unsinnige und gefährliche Mittel verfällt. In der That ist die Hoffnung, die Einklemmung der Därme auf unblutige Art zu heben, nur sehr gering.

Ich werde später zeigen, dass es doch ein Mittel gibt, das in allen Fällen von Darmeinklemmung anzuwenden ist, bevor man zum Messer greift und das zuweilen selbst in sehr schweren und verzweifelten Fällen von Erfolg begleitet ist.

Für die äussern Einklemmungen war die blutige Hebung derselben als Herniatomie schon seit den ältesten Zeiten bekannt

[1]) Virchov's Archiv, 1868, pag. 478.

und häufig und methodisch geübt worden. Bei inneren Einklemmungen, welche die Eröffnung der Bauchhöhle erheischt, ist die blutige Hebung im Alterthum nicht oft ausgeführt worden. Im Jahre 341 vor Christi Geburt soll schon nach Angaben der Medicin-Historiker die innere Einklemmung durch den Bauchschnitt operativ behandelt worden sein, dann aber finden sich erst 1742—1762 wieder Berichte über Bauchschnitte zur Hebung der inneren Einklemmungen. Hévin negirt es in einem Memoire 1768, dass die Alten bei der inneren Einklemmung den Bauchschnitt gemacht haben und empfiehlt denselben. Er scheint aber mit demselben kein besonderes Glück gehabt zu haben, weil er sich einige Jahre später wieder gegen den Bauchschnitt als werthlos erklärt. Dieser scheint auch bis in die Mitte unseres Jahrhunderts nur sehr selten ausgeführt worden zu sein. Uhde[1]) gibt eine solche Zusammenstellung von bekannt gewordenen Laparotomien zur Hebung innerer Einklemmungen. Die Zahl derselben ist recht klein und das Heilergebniss nicht sehr erfreulich. Erst in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts mehrt sich die Zahl der Bauchschnitte bei inneren Einklemmungen. Das Heilungsergebniss ist aber auch jetzt im Zeitalter der Aseptik und der fortgeschrittenen Operationstechnik der Bauchchirurgie kein sehr ermunterndes. Der Chirurg schiebt gewöhnlich die Schuld für den operativen Misserfolg, auf den zu spät ausgeführten Bauchschnitt. Eine solche Behauptung scheint mir aber nicht berechtigt, die Ursache des Misserfolges ist anderswo zu suchen. Es ist die grosse Schwierigkeit eine präcisen Diagnose der inneren Einklemmung zu stellen. Es lässt sich niemals mit Bestimmtheit angeben, welche pathologische Veränderungen die Einklemmungserscheinungen hervorrufen, wo der Sitz der Einklemmung zu suchen ist Auch bei schon eröffneter Bauchhöhle kommt es vor, dass der Sitz der Einklemmung schwer oder gar nicht zu finden und wenn dieselbe endlich gefunden, nicht zu heben oder zu beseitigen ist. — Kein Chirurg vermag bei uneröffneter Bauchhöhle anzugeben, in welchem Zustande das Peritoneum und der Darm sich befindet, ob eine weitgehende Verklebung der Eingeweide, ob ein Durchbruch im Darme ein Kothaustritt aus demselben stattgefunden hat, ob eine Intussusceptio (Invagination) eine Atonie, eine Adynamie, des Darmes, ob ein Carcinom oder eine andere Neubildung die Erscheinungen der Darmcarceration hervorgerufen hat. Kein Chirurg weiss anzugeben, ob er nach Eröffnung der Bauchhöhle nur eine Darmschlinge aus einem Spalt, einem Schlitz oder aus einer natürlichen Tasche des Bauchfelles hervorholen, ob er dazu einen neugebildeten Exsudatsstrang oder den einschnürenden Rand einer Peritonealfalte, eines Gekröseschlitzes, durchschneiden wird müssen; oder ob es nöthig werden dürfte, die geblähte und irreponible Darmschlinge zu punktiren, einzuschneiden, oder ein kleineres oder grösseres Stück des Darmes zu reseciren, und die freien Darmmündungen durch zeitraubende Darmnähte, durch Implantation unschädlich zu machen, oder ob er eine Darmanastomose zwischen zwei Dünndarm-, oder zwischen einer Dünn- und Dickdarmschlinge (Jejuno-ileo-stomie) wird herzustellen haben. Bei der grossen Unsicherheit in der Diagnose sowie der einzuschlagenden operativen Therapie der inneren Einklemmungen, sollte die banale Klage von Seite der Chirurgen, «dass sie zu spät zur Operation herangezogen werden» endlich verstummen! Soll die Operation gleich im Beginne der Einklemmungserscheinungen stattfinden? Kennt der Chirurg den richtigen Zeitpunkt für den operativen Eingriff? Wenn dieses der Fall wäre, dann müsste er die später verlangte Operation verweigern. — Denn bei hochgradiger Entzündung in der Bauchhöhle bei Verwachsung und Brand von Darmschlingen, beim Kothaustritt in der Peritonealhöhle und bei der Invagination (Intussusceptio) ist die Laparotomie direkt contraindicirt, bei der letzten deshalb, weil zahlreiche Beispiele von Sponheilungen der Darminvagination durch den Abgang des abgestorbenen invaginirten Theiles durch den Mastdarm bekannt geworden sind. — Küttner, Habersohn und Duchaussoy u. A. habe zwar versucht den Zeitpunkt für den Eintritt der Darmgangrän und der schweren Einklemmungserscheinung nach der Zahl der Stunden und Tagen zu bestimmen, die vom Momente der ersten Einklemmungssymptome verflossen sind, doch sind diese Angaben viel zu unverlässlich um aus denselben den richtigen Zeitpunkt für den operativen Eingriff bestimmen zu können. Im Nachfolgenden hoffe ich auch über den richtigen Zeitpunkt, in welchem die Laparotomie indicirt und gerechtfertigt ist, einen befriedigenden Aufschluss geben zu können.

(Schluss folgt.)

[1]) Pitha-Billroth Handbuch der Chirurgie Band III, Abtheilung 2 pag. 337.

Die Wirkung der Kälte bei chlorotischen Frauen und die Physiopathologie der Chlorose.

Von

Professor Augusto Murri in Bologna.

(Fortsetzung.*)

Ich glaube gesehen zu haben, dass auch jene Chlorosen, bei denen der Einfluss der Kälte gar nicht augenscheinlich ist, schwerer wurden und zum grossen Theile während der kalten Monate recidiviren. Ich spreche mit einigem Zögern diese Behauptung aus, den ich kann sie mittelst statistischer Daten nicht unterstützen und da ich hoffe, dass der Zweifel einen anderen mehr glücklichen Collegen ansporne, eine bestimmtere Antwort darauf zu geben. Die ausserhalb der Kliniken beobachteten Kranken habe ich nicht in Erwägung gezogen, und die auf der Klinik zur Beobachtung gelangten Patientinen bilden eine zu geringe Zahl, um eine Schlussfolgerung zu ziehen. Wenn ich indess den Tag ihres Eintrittes in's Spital berücksichtige und ihn als Beginn ihrer Verschlechterung betrachte so finde ich, dass in unserer Klinik im Monate Januar 16 Patientinnen, Februar 10, März 10, April 8, Mai 2, Juni 2, Juli 1, August 1, September 1, October 4, November 5, December 5, im Ganzen also 64 Patientinnen aufgenommen wurden. So fallen 54 Fälle vom November bis zum April incl., dagegen nur 11 auf die übrigen sechs wärmeren Monate.

Wenn jedoch diese Statistik noch grösser wäre, so würde sie niemals eine absolute Antwort auf die Frage geben, ob die Kälte ein schädliches Agens bei allen an Chlorose erkrankten Personen darstellt. Zahlreich sind die Ursachen, die auf die Verschlechterung der Chlorose und auf den Entschluss der Kranken im Krankenhause Aufnahme zu suchen, Einfluss nehmen können.

Ich dachte, dass das directe Experiment zur Klärung der Frage hätte beitragen können; es war ein Leichtes die Kälte auf irgend eine Frau, die au der gewöhnlichen Chlorose erkrankt ist, zu appliciren, es war jedoch nicht leicht, zu bestimmen, ob sie schädlich oder nicht schädlich sein würde. Um ein Urtheil hierüber zu erlangen, wandte man das Fleischl'sche Haemometer an, man zählte die rothen Blutkörperchen und bestimmte die Gegenwart und die Menge des Urobilins im Harn; auf diese drei Elemente hin suchte ich nachzuweisen, ob die Kälte bei den an Chlorose erkrankten Frauen eine Verminderung des Hämoglobins oder der Erythrocythen veranlasst hatte.

Diese Unteruchungen lassen aber oft im Stiche. Die Zählung der rothen Blutkörperchen vor allem ist fehlerhaft, und die fortwährenden Untersuchungen, die ich von meinen Assistenten anstellen liess, brachten uns die Ueberzeugung bei, dass viele Angaben, wie sie so leichthin in die moderne Literatur über diesen Gegenstand Eingang fanden, einer Revision bedürfen. Ich ersuchte insbesondere meinen Assistenten

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 17 und 19, 1894.

Dr. Poggi diesen Gegenstand einem eingehenden praktischen Studium zu unterziehen, und er wird das Resultat seiner bezüglichen sorgfältigen Untersuchungen seinerzeit veröffentlichen. Indess kann ich schon sagen, dass er, bei Anwendung des Blutkörperchenzählers Hayem-Nachet und unter Beobachtung der grössten Cautelen, die Fehlerquelle unvermeidlich fand, jedoch seine höchste Grenze fixiren konnte, über welcher hinaus man zu den erlangten Resultaten das grösste Vertrauen haben kann.

Es genügte jedoch nicht, von den Thatsachen Gewissheit zu erlangen; man musste auch den Versuch derart anordnen, dass die Wirkung, wenn eine solche bestand, deutlich hervortreten würde. Es war daher vor Allem nothwendig, einen energischen Kälteeinfluss auszuüben, denn es ist selbstverständlich, dass beim Experimentiren an Individuen, auf die anscheinend die Schäden der Kälte sich nicht geltend machen, nicht zu hoffen war, dieselben hervortreten zu sehen ohne eine viel stärkere Wirkung als bei denjenigen Personen zu erzielen, bei denen die Nachtheile infolge der gewöhnlichen Kälteeinflüsse leicht auftreten. Wir legten daher die Kranken in ein kaltes Bad, worin wir sie, wenn sie es gut vertrugen, lange Zeit liessen. Niemals folgten auf dieses Verfahren unangenehme Zufälle, die lange Zeit gedauert hätten. Die Patientinnen wurden beständig im Bette wochen- und monatelang gehalten, daher war ihr Zustand der nämliche sowohl in den vorhergehenden als auch in den dem Experimente nachfolgenden Tagen.

Von Bedeutung schien uns ferner die Massregel, der Beobachtung des Blutes während und einige Zeit nach der Kältewirkung nicht zu trauen. Meine geehrten Collegen Rovighi und Winternitz haben bereits auf die Modificationen hingewiesen, die durch die Kälte in der Zusammensetzung des Blutes hervorgerufen werden. Winternitz hat noch ganz besonders die Wirkungen bei anämischen Individuen studirt.*) Er wendete jedoch zu therapeutischen Zwecken starke und flüchtige Wirkungen an, während ich vielleicht weniger intensive jedoch längere Abkühlungen zu pathogenetischen Untersuchungen gebrauchte. Für mich war es also wichtig, eine längere vorhergehende Periode und eine längere nachfolgende zu berücksichtigen, es darf daher nicht Wunder nehmen, dass ich Thatsachen gesehen habe, die verschieden von denjenigen sind, die vor mir beobachtet wurden. Ich kann aber behaupten, dass die von Rovighi und Winternitz constatirte Thatsache, dass nämlich die Zahl der Blutkörperchen nach dem Bade zunimmt, auch bei den an Chlorose leidenden Frauen regelmässig bestätigt werden konnte. Diese Beobachter und mit ihnen viele andere erkannten, dass die Ursachen vielfach sein müssen, die, abgesehen von der Fehlerhaftigkeit des Zählapparates, eine verschiedene Zahl der Blutkörperchen zur Folge haben. Einen wichtigen Factor hiebei spielt der Functionszustand des vasomotorischen Nervenapparates, wie dies jüngst Grawitz**) gezeigt hat. Aber ausser dem allgemeinen Zustande der Gefässe, haben auch örtliche Modificationen eine sehr bemerkenswerthe Wirkung im Gefolge. Wir haben z. B. beobachtet, dass bei unseren in ein kaltes Bad getauchten Patientinnen das bei einem Einstiche in die Finger gewonnene Blut eine sehr verschiedene Anzahl von Leukocythen aufwies, je nach dem die betreffende Hand auch in demselben Wasser des Wannenbades gehalten oder aber in ein 40° warmes Wasser getaucht wurde. Unsern Untersuchungen wurden daher unter Beobachtung der Massregel angestellt, dass das Blut von den längere Zeit unter Bettwärme gehaltenen Händen entnommen wurde. Dies war natürlich unmöglich solang das Experiment des Bades dauerte; in der letzteren Zeit jedoch griffen wir auch für diese Periode zu dem Auskunftsmittel, eine Hand sowohl vor als auch während und nach dem Experimente in warmes Wasser tauchen zu lassen, um Fehler hintanzuhalten.

(Fortsetzung folgt.)

*) Blätter f. klin. Hydrotherapie, 1893, Nr. 11.

**) Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXI. XXII.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 18. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Epikrise zu einem Teratomfalle.

Prof. Hofmokl berichtet, dass er bei dem vor zwei Wochen als Teratom demonstrirten Kinde unter sehr grosser Mühe die Operation ausgeführt habe; die Geschwulst liess sich in toto ausschälen und war mit dem Steissbeine verlöthet. Das Kind starb aber unter den Erscheinungen der Sepsis.

Prof. Kolisko, welcher den Fall obducirt hatte, berichtet, dass die Geschwulst fast zwei Mannsfäuste gross war und aus zwei Theilen mit cystischen Hohlräumen bestand, zwischen welchen eine tiefe Einschnürung vorhanden war. Das Steissbein lief gestreckt nach hinten. Unter der Einschnürungsstelle fand sich ein fingerdicker fluctuirender Zapfen, welcher bis in die Gegend des Afters reichte. Ausserdem fand sich noch eine Reihe kleinerer Cysten. Die Cysten hatten einen dünnflüssigen Inhalt mit alkalischer Reaction, enthielten viel Serumalbumin, Mucin und Epithelzellen. Die Wand der einen Cyste war $2^1/_2$ *mm* dick, glatt und glänzend, die Wand der anderen Cyste kaum $^1/_2$ *mm* dick. Der einen Cyste sass eine etwa halbcitronengrosse harte Geschwulst auf, welche aus lappig angeordneten Fettgewebe bestand, das durch Bindegewebsfaserzüge auseinandergehalten wurde; ausserdem fanden sich daselbst massenhaft eingelagerte quergestreifte Muskelfasern. Ausserdem fanden sich Epithelien von verschiedener Art. Es handelte sich also hier um ein cystisches Teratoma sacrale, von dem ein Theil subcutan, der andere Theil intra pelvim gelegen war. Die regellos durcheinander geworfenen Gewebstheile des Tumors charakterisirten denselben als Teratom.

Der Vortragende gibt nun einige Erklärungen über die Entstehung und Verschiedenheit der einzelnen Formen des Teratoma sacrale und über die eigenthümliche Beckenform bei demselben. Die Verwachsung der beiden fötalen Anlagen am Schwanzende findet selten so statt, dass beide Früchte vollkommen getrennt von einander sind. Neben der Verwachsung findet sich meist auch eine Umwachsung der einen Frucht durch die andere, indem die verkümmerte Frucht von der ausgebildeten eingeschlossen wird. Von der Grösse der Verkümmerung der eingeschlossenen fötalen Anlage hängt es dann ab, ob sich ein Parasitus internus oder ein sacrales Teratom bildet. Eine Grenze zwischen allen möglichen Formen lässt sich nicht ziehen. Gemeinsam haben sie aber alle die gestreckte Form des Steiss- und Kreuzbeines. Das Steissbein ist nach hinten gekrümmt, das Kreuzbein gestreckt. Dieser Befund ist auch von diagnostisch-chirurgischer Bedeutung. Der Beckenausgangs-Durchmesser wird in Folge dessen sehr weit. An einem vorgezeigten Beckenpräparate betrug derselbe sogar 15 *cm*.

* * *

Prof. v. Hacker: Ein Fall von Oesophagusstrictur.

Ein Knabe hatte vor vier Jahren Laugenessenz getrunken und dadurch eine Strictur des Oesophagus acquirirt, die stetig zunahm. Durch die Untersuchung wurde festgestellt, dass die Länge der Strictur 6 *cm* betrug, auffallenderweise konnte man die Sonde (von der Zahnreihe gemessen) auf 28 *cm* einführen. Es wurde nun die temporäre Gastrostomie mit Sphincterbildung aus dem rechten Musc. rectus abdominis gemacht, wobei ein vollkommen exacter Verschluss der Fistel hergestellt wurde. Der Knabe wurde nun durch ein Jahr ausschliesslich durch die Magenfistel ernährt. Der Versuch mit Sonden durchzukommen, misslang. Hierauf wurde noch die Oesophagotomie ausgeführt; doch brauchte es noch lange Zeit, bis es möglich wurde mittels einer Sonde die Strictur zu passiren. Die Sondirung wurde dann in der Weise vorgenommen, dass man durch eine Drainröhre Darmsaiten durchzog, und so die Strictur sondirte. Nach drei Wochen war die Strictur so erweitert, dass man das dickste Drainrohr durchführen konnte. Die Sondirung ohne Ende hat sich Vortragendem in einer Reihe von Fällen bewährt. Von Vortheil ist es, ausgezogene Drainröhren zu verwenden,

da man mittels derselben am raschesten und ohne Gefahr dilatiren kann. Man macht dies in der Weise, dass man eine mit Lack bestrichene, an Caliber etwas dickere Darmsaite durch ein Drainrohr durchzieht. In Fällen von Oesophaguscarcinom hat v. HACKER die Beobachtung gemacht, dass oft eine einmalige solche Sondirung ausreicht, um den Patienten oft für Wochen das Schlingen zu erleichtern. Zu beachten ist, dass lange liegende Drains oft Decubitus machen, u. zw. meist dort, wo der Oesophagus der Wirbelsäule aufliegt. Auch ist es dem Patienten angenehmer, wenn das Drain zur Fistel, als zum Munde herausgeleitet wird.

Im Anschlusse an diese Demonstration, demonstrirt Vortragender ein Stück eines langen Röhrenknochens, welches auf endooesophagalem Wege mit Hilfe des Oesophagoskopes extrahirt wurde. Der Fremdkörper befand sich im Oesophagus an der Stelle, wo demselben die Aorta anliegt — eine Stelle, wo Fremdkörper oft stecken bleiben. Mittels der Fischbeinsonde war das Knochenstück 20 *cm* von der Zahnreihe entfernt zu fühlen. Da das zackige Ende dem Beschauer zugewendet war, gestaltete sich die Extraction etwas schwieriger.

* * *

***Hofrath Prof. v. Dittel**: Demonstration zweier interessanter Nierenpräparate.*

I. Ein 50 jähriger Mann litt seit 7 Monaten an blutigen Urinlassen, das ihn, ohne Schmerzen zu verurachen, ganz anämisch machte. Linke Bauchhälfte grösser als die rechte, durch eine deutliche Prominenz ausgezeichnet. Der Tumor machte die Respirationsbewegungen mit. Da die Geschwulst in letzter Zeit rasch zunahm, wurde die Operation ausgeführt, bei der sich zeigte, dass ein Fortsatz der Niere über die Wirbelsäule gelagert und hier so fest verwachsen war, dass er ohne Gefahr, die Vena cava zu verletzen, nicht entfernt werden konnte. Es war derselbe Anblick, als wenn eine Hufeisenniere vorliegen würde. Vortragender musste daher von der Operation abstehen. Nach 2 Tagen Exitus. Bei der Section fand sich die Niere von zahlreichen cavernösen Blut-Räumen durchsetzt.

II. Ein zweites Präparat entstammt einer 33 jährigen Frau, welche schon vor 10 Jahren an blutigem Uriniren litt. Seit 7 Monaten gegen die Brust und Kreuzbein ausstrahlende Schmerzen. Urin war meist molkenartig. In der rechten Nierengegend eine Geschwulst wahrnehmbar, die bis zur Leber und über die Mittellinie reichte und die respiratorischen Bewegungen mitmachte. Der obere Theil derselben hart, der untere weich. Vortragender bemerkt, dass Mangel von Hämaturie so wenig verlässlich sei, das man aus ihr weder eine Diagnose machen, noch ausschliessen kann. Die bestehenden Koliken berühren auf Einkeilung des Steines; ist der Stein aber beweglich, dann hören die Koliken auf. Bei einem 60 jährigen Manne, der weder eine Blutung noch Koliken hatte, fand Vortragender 168 Steine, die er förmlich herauslöffelte. Bei der Operation entleerte sich aus der Niere beim Einschneiden graugelber stinkender Eiter. In der Niere fanden sich mehrere Steinconcremente. Resection der Niere. Heilung.

* * *

***Dr. Söldner**: Ein Fall von Erb-Goldflamm'scher Lähmung.*

Der vorgestellte Patient wurde schon von GOLDFLAMM in Warschau selbst beobachtet Weder Potus noch Luës zugegeben. Besondere Schwäche der oberen und unteren Extremitäten. Die motorische Schwäche wechselt von Tag zu Tag. Der Fall besserte sich während seiner Krankheit, nur traten hie und da Exacerbationen auf. Patient schlecht genährt, die Haltung mühsam, Facialisparese, hochgradigeErschöpfbarkeit. Weder Atrophie noch febriläres Zucken der Zunge. Sprache leise, die Artikulation nur nach längerem Sprechen gestört, besonders was die Consonanten betrifft. Schlingen erschwert. Beweglichkeit des Gaumensegels erhalten. Accomodation normal, ebenso die Sehschärfe. Händedruck schwach, Unmöglichkeit die Arme seitwärts zu heben. Die Muskelkraft des Nackens ausserordentlich leicht zu überwinden. Action der Hüftbeuger sehr mangelhaft; elektrische Muskelerregbarkeit normal, Sensibilität intact. Motorische Schwäche des ganzen Muskelsystems. Steigerung der Patellarreflexe. Der Fall zeigt eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit der echten Bulbärparalyse, doch kann der vorhandene Symptomencomplex nirgends eingereiht werden. Zur Erklärung desselben wurde angenommen, dass Giftstoffe im Spiele sein. MAIER fand, dass es sich um eine vordere Wurzelneuritis handle. *Dr. Em. Mandl.*

XXIII. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*)

zu Berlin vom 18.—21. April 1894.

(Fortsetzung.)

***Petersen** (Kiel): Zur Behandlung des typischen Radiusbruches.*

PETERSEN empfiehlt als beste und am schnellsten zur Heilung führende Behandlungsmethode des typischen Radiusbruches, den Arm nach vollzogener Reposition einfach in eine Mitella zu legen und die Hand am Rande des Tuches herunterhängen zu assen. Die Behandlung setzt intelligente Patienten voraus.

* * *

***Küster** (Marburg): Ueber Frühoperationen bei Osteomyelitis*

Der Vortragende gibt zunächst einen Ueberblick über die neueren Forschungen bezüglich der Aetiologie der Osteomyelitis. Er hat in seinen Fällen stets nur den Staphylococcus pyogenes aureus gefunden. Die Krankheit befällt zumeist die ärmere Bevölkerung, vielleicht desshalb, weil diese unreinlicher ist, die Krankheitserreger daher leichter durch Kratzwunden oder auch durch die unverletzte Haut in den Körper hineingelangen. In Anbetracht des bösartigen Verlaufes der Erkrankung empfiehlt KÜSTER als Therapie die möglichst frühzeitige breite Aufmeiselung des kranken Knochens mit Ausräumung des inficirten Markes. KÜSTER hat 24 Fälle behandelt, davon 14 in der zweiten Woche operirt. Es starb keiner, 9 genasen. Von drei in der dritten Woche Operirten starben zwei; in den späteren Wochen waren die Erfolge wieder günstiger. Nothwendig zur Ausführung der Frühoperation ist eine sichere Diagnose, doch lässt sich diese in der Regel stellen, wenn man alle Erscheinungen genügend berücksichtigt.

Der KÜSTER'sche Vortrag rief eine lebhafte Discussion hervor. Zunächst stellt KAREWSKI-Berlin eine Reihe von Kindern vor, die er mit gutem Resultat frühzeitig operirt hat und empfiehlt er daher auch die frühzeitige, oder wie sagt, die operative Abortivbehandlung der Erkrankung.

NOLL-Hanau nimmt seine Landsleute gegen den Vorwurf der Unreinlichkeit in Schutz.

SCHEDE-Hamburg zerstört dagegen gründlich den bezüglich der Frühoperationen eintreten wollenden Optimismus. Er war früher auch der heute von KÜSTER vorgetragenen Ansicht. Seine an 155 Fällen in Hamburg gewonnenen Erfahrungen haben ihn jedoch eines anderen belehrt. Die acut verlaufenden Fälle spotten nach wie vor jeder Behandlung, die Kranken sterben septisch. Von seinen operirten Fällen sind 20 Procent gestorben. Besonders gefährlich ist die Osteomyelitis des Unterkiefers und des Beckens.

KÖRTE-Berlin hat die gleichen Erfahrungen wie SCHEDE gemacht.

SONNENBURG-Berlin fasst die Osteomyelitis als Theilerscheinung einer allgemeinen Sepsis auf und bezweifelt demgemäss die günstigen Resultate der Frühoperation.

NASSE-Berlin hat die Osteomyelitisfälle der v. BERGMANN'schen Klinik gesammelt. Sein Bericht bezieht sich auf 37 Fälle, von denen sieben starben.

NASSE kommt zu dem Schluss, dass die Aussicht auf Heilung um so geringer ist, je früher der Chirurg durch die bedrohlichen Allgemeinerscheinungen zur Operation gezwungen wird. Bei Operationen an Kindern bis zu fünf Jahren betrug die Sterblichkeit 50 Procent, bis zu 10 Jahren nur etwa 70 Procent.

HAIDENHEIN-Greifswald berichtet über die Osteomyelitisfälle der HELFERICH'schen Klinik. Er hat dieselben in verschiedene Kategorien eingetheilt und bespricht die Resultate jeder Kategorie gesondert. Das ist auch wohl der beste Weg, um schliesslich zu einem richtigen Urtheil zu gelangen.

*) Nach dem Bericht des Doc. Dr. W. HOFFA in der Münchener med. Wochenschrift.

Im Grossen und Ganzen wurde durch die Debatte klar, dass man in jedem Falle individualisiren muss und dass man auch dann noch zum Messer und Meissel greifen soll, wenn der Fall scheinbar hoffnungslos ist; denn selbst unter den verzweifeltesten Umständen kann die Operation lebensrettend wirken.

* * *

v. Bardeleben *(Berlin): Ueber die frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder, mit besonderer Rücksicht auf die untere Extremität.*

Nach den grossen Erfahrungen, welche v. BARDELEBEN während seiner langjährigen Thätigkeit über Fracturen zu sammeln Gelegenheit hatte, erscheint derselbe besonders berufen, ein Urtheil über den Werth der Behandlung der Fracturen der unteren Extremitäten mit Gehverbänden abzugeben. Im Ganzen hat v. BARDELEBEN circa 8000 Knochenbrüche beobachtet, darunter in den letzten 17 Jahren durchschnittlich 238 pro anno.

Von Ostern 1892 an bis Ostern 1894 sind auf der chirurgischen Station der Charité 116 Fracturen der unteren Extremitäten mit Gehverbänden behandelt, nachdem schon im Sommer 1891 Stabsarzt Dr. KORSCH die ersten Versuche hierin gemacht hatte. Unter diesen 116 Knochenbrüchen waren 34 Knöchelbrüche, 17 befanden sich im unteren Drittel des Unterschenkels, 18 an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel, 12 in der Mitte, darunter mehrere Flötenschnabelbrüche, 4 zwischen mittlerem und oberem und 4 im oberen Drittel. Im Ganzen wurden also 89 Unterschenkelfracturen, davon 12 complicirt, in ambulando behandelt. In einem Fall handelte es sich sogar um einen doppelten Bruch der Tibia, wovon der eine complicirt war, mit zugleich bestehender Fractur des Oberschenkels.

1892 wurden auch bei Oberschenkelbrüchen Versuche mit der neuen Behandlungsweise gemacht, bisher sind 22 solche Fracturen, darunter 5 complicirte, im Umhergehen behandelt.

Dazu kommen noch seit 1893 5 in ambulando behandelte Patellarfracturen.

Ohne auf die genauere Schilderung der Technik einzugehen wirft v. BARDELEBEN die zwei Fragen auf:

1. Welche Vortheile gewährt die frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder, namentlich also das Umhergehen auf zerbrochenen Beinen wenige Tage nach der Verletzung? und

2. Welche Gefahren sind mit solchen frühzeitigen Bewegungen verbunden? —

Indem er zuerst in geschichtlicher Beziehung feststellt, dass mit dem Gedanken, Fracturen der unteren Extremität im Umhergehen zu behandeln, eine ganz neue Aera in der Therapie dieser Fracturen, sowie überhaupt aller Fracturen inaugurirt ist, welche im stricten Widerspruch zu dem früher als unumstösslich geltenden Dogma steht, dass jede Fractur absoluter Ruhigstellung zu ihrer Heilung bedürfe, erwähnt er den vereinzelt dastehenden Vorschlag COOPER's, bei verzögerter Callusbildung die Patienten auftreten zu lassen. v. BARDELEBEN selbst sei übrigens schon vor 30 Jahren mit einem Knöchelbruch und Luxation des Fusses gleich am ersten Tage aufgestanden und habe weiterhin nie dauernd still gelegen.

Die Vortheile der neuen Behandlungsmethode der Fracturen der unteren Extremität liegen klar zu Tage. Man vermeidet das Durchliegen, sowie Verschlimmerungen von Bronchialkatarrhen, resp. hypostatische Pneumonien bei alten Leuten. Bei Alkoholikern hat sich das sonst so häufige Delirium tremens nie gezeigt. Das Allgemeinbefinden der Patienten blieb stets ein vorzügliches.

Blieb schon einerseits an der verletzten Extremität selbst die sonst unvermeidliche Muskelatrophie aus, so wurde andererseits die Heilung der Fractur beschleunigt. Der Verband muss natürlich tadellos sitzen; am Unterschenkel findet er seine Stütze an den Condylen, sitzt die Fractur höher, so muss auch das untere Drittel des Oberschenkels mit in den Verband einbezogen werden. Bei Oberschenkelfracturen stützt sich der Verband auf das Tuber ischii.

Gefahren lassen sich durch sorgfältige Ueberwachung des Verbandes leicht vermeiden, indem man Klagen der Patienten über Druck berücksichtigt und stets das Aussehen der Zehen beobachtet.

Die naheliegende Frage, ob der Fuss nicht sehr anschwillt, wenn die Verletzten im Verbande umhergehen, kann mit «nein» beantwortet werden. Wenn der Verband angelegt wird, bevor sich eine erhebliche Schwellung gebildet hat, so entsteht eine solche in der Regel auch nicht. Als vorsichtiger wird es übrigens bezeichnet, mit der Anlegung bis zum 3. oder 4. Tag zu warten. Eine vorhandene Schwellung bildet sich im Verband zurück, so dass man bald gezwungen ist, einen neuen Verband anzulegen. Ueberhaupt soll man, um überzeugt zu sein, dass der Verband stets gut anliegt, denselben lieber zu oft, als zu wenig wechseln.

Complicirte Fracturen contraindiciren durchaus nicht die Behandlung im Umhergehen, wenn nur die Durchführung der Asepsis streng beobachtet wird.

Diese so vortheilhafte Behandlungsweise der Fracturen der unteren Extremität mit Gehverbänden bedarf aber steter ärztlicher Aufsicht und der sorgfältigen Berücksichtigung aller vorhandenen und hinzutretenden Complicationen.

Im Anschlusse an diese allgemeinen Ausführungen von BARDELEBEN's erläutern seine Assistenten KORSCH und ALBERS die Details des Verfahrens und stellen eine Reihe von geheilten und noch nicht geheilten Patienten vor, die mit dem Gehverband behandelt wurden resp. noch werden.

FEDOR KRAUSE, der bekanntlich die ambulante Behandlung der Fracturen als einer der ersten unter den Aerzten empfahl, warnt vor der ambulanten Behandlung der Oberschenkelfracturen mit dem Gypsverband, empfiehlt dagegen für dieselben die Behandlung mittelst der BRUNS'schen Schiene.

LIERMANN-Frankfurt a. M. demonstrirt seine bekannte Schiene, die F. KRAUSE ohne, LAUENSTEIN dagegen mit Erfolg benützt haben.

Hiermit ist auch dieser Gegenstand erschöpft. Es folgen nun die weitern Vorträge.

* * *

Credé *(Dresden): Ueber die Technik der Amputation grösserer Gliedmassen.*

CREDÉ amputirt ohne v. ESMARCH'sche Blutleere, er nimmt in die Lappen stets ein gutes Theil Musculatur mit hinein und sorgt nachher für eine gute Compression und Aneinanderlagerung der Wundflächen durch direct auf die Haut angelegte Bindentouren. Dabei näht und drainirt er nicht und erreicht in der Mehrzahl der Fälle eine wirkliche Heilung per primam in verhältnissmässig kurzer Zeit.

(Fortsetzung folgt.)

Französische ophthalmologische Gesellschaft.

12. Jahressitzung abgehalten zu Paris vom 7.—9. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Professor PANAS eröffnet die überaus zahlreich, auch von ausländischen Augenärzten besuchte Versammlung.

Haltenhoff *(Genf): Ueber die Behandlung der traumatischen Cataracten.*

Was die einfachen traumatischen Cataracte anlangt, so handelt es sich zunächst um das Alter des verletzten Individuums. Bei jungen Leuten ist die spontane Heilung durch Resorption die Regel. Sie ist seltener und schwieriger mit fortschreitendem Alter; man hat sie indess auch noch im 58. und sogar im 69. Lebensjahre beobachtet. Man kann also im Allgemeinen sagen, dass eine nicht complicirte traumatische Cataracta einer ärztlichen Intervention eigentlich nicht bedarf, was aber nur gilt, wenn man den Verletzten in täglicher Beobachtung halten kann. Ist dieses aus irgend einem Grunde nicht möglich, so muss man eingreifen, um die Sache rascher zu Ende zu bringen. Bei jungen Leuten führe man die einfache lineare Extraction aus, nach dem 35. Lebensjahre wird man die einfache Extraction oder eine solche mit Lappen vornehmen.

Wenn die Resorption der Cataracta stille steht durch einen frühzeitigen Verschluss der Kapselwunde, haben wir mehrere Mittel zur Verfügung. Ist die Verschliessung eine ganz frische, so werden wiederholte Paracentesen oder fleissige Massage genügen, ist aber die Kapselwunde definitiv geschlossen, dann ist bei Erwachsenen die Extraction, bei Kindern die Discission vorzunehmen. Was die Verletzungen der Linse am häufigsten zu complicirten macht, sind glaukomatöse Erscheinungen. Um sie zu vermeiden, wird man von vorneherein das Atropin bei Seite lassen, vielmehr ein Myoticum instilliren und Blutegel an die Schläfe setznn. Oft werden diese Massnahmen nicht genügen und es wird sich die Nothwendigkeit ergeben, die Hornhaut zu paracentesiren oder eine Iridectomie auszuführen.

Was oft die verletzten Augen in gefahrbringendster Weise bedroht, sind die Infectionen, und man wird sich, wenn gerade äussere Wunden da sind, namentlich bei Arbeitern, veranlasst sehen, das Auge zu entfernen; höchstens Kinder werden einige Chancen zur Erhaltung des Auges bei sorgfältiger antiseptischer Behandlung geben. Kommt es anstatt einer Eiterung zur Entzündung der Iris, wird man durch Atropin, durch schweisstreibende Mittel und durch warme Umschläge dieser Complication Herr zu werden suchen. Selbst wenn alle entzündlichen Erscheinungen abgelaufen und einige Monate vergangen sind, wird es erst möglich sein, an die Wiederherstellung des Sehvermögens durch eventuelle Entfernung der getrübten Linse zu denken.

Ist ein Fremdkörper in der Linse eingeschlossen, was oft nur mit Hilfe des Magneten zu erkennen ist, wird man einen solchen ruhig an seinem Platze lassen, bei der geringsten Störung aber, die er verursacht, muss etwas geschehen. Manchmal ist es möglich den fremden Körper nach vorangeschickter Iridectomie mittelst einer Pincette oder eines DAVIEL'schen Löffels zu entfernen. In vielen Fällen wird jedoch der Operateur genöthigt sein, die Linse mit ihrer Kapsel aus dem Auge zu entfernen. Ist der fremde Körper von Eisen oder Stahl, wird der Elektromagnet gute Dienste leisten.

An diesen Vortrag schliesst sich eine überaus lebhafte Debatte, in welcher namentlich die Ausführungen von MOTAIS (aus Angers), von Interesse sind, der auf die eminente Gefahr aufmerksam macht, welche jedes mit einer traumatischen Cataracta behaftete Auge für das zweite birgt, durch Hervorrufen einer sympathischen Entzündung. So wie sich die geringsten Spuren einer solchen im gesunden Auge zeigen, muss am kranken Auge etwas vorgenommen werden — leider oft die Entfernung. —

* * *

Prof. Wecker: *Ueber die Vermeidung von Augenwässern*

Das denkbarst aseptische Collyrium, sagt er, verliert seine aseptischen Eigenschaften mit dem Momente wo es die Wimpern, den Lidrand oder den inneren Augenwinkel berührt, da diese Gegenden immer reich sind an Mikroben. Das hat nun so lange nichts zu sagen als der epitheliale Ueberzug des Augapfels und die Oberfläche der Bindehaut intact sind: handelt es sich aber um eine Wunde, um ein Geschwür der Horn- oder Bindehaut, dann kann ein nicht aseptisches Augenwasser Schaden anrichten. Besonders wird dies zu berücksichtigen sein bei Staaroperationen. Desshalb sind jene Augenärzte nicht zu tadeln, welche principiell vermeiden nach ausgeführter Extraction Atropin einzuträufeln und namentlich soll man ein Mydriaticum beiseite lassen, wenn ein Stück der Iris excidirt wurde. Die schönsten Heilungen nach Staaroperationen beobachtet man in jenen Fällen, wo (bei sonstiger strenger Reinlichkeit) kein Atropin zur Anwendung kam. Die Verwendung nicht aseptischer Instillationen bei traumatischer Cataracten sind die Ursache, dass so oft verzögerte Resorption und Druckerscheinungen auftreten: Beweis hiefür, dass jene traumatische Catarakten am besten heilen, bei denen gar keine ärztliche Intervention stattgefunden hat. Bei Wunde und Geschwüren der Hornhaut ist gewiss die Anwendung nichtaseptischer Augenwässer von grossem Schaden. Da wir nun bei der grossen Mehrzahl der Hornhautgeschwüre keine präcisen Indicationen für den Gebrauch des einen oder anderen Augenwassers haben; anderseits aber Gefahr laufen durch Collyrien, welche nicht absolut bacterienfrei sind, zu inficiren, so soll bei der Behandlung solcher Fälle jedes Eintropfen vermieden werden. Was wir vielmehr in der Therapie geschwüriger Hornhauterkrankungen zu leisten haben, ist gewiss die peinlichste Desinfection der Lider und der Wimpern, die Ausschabung der Geschwürsflächen (um die inficirten Partien zu entfernen) bei gleichzeitiger Irrigation, die subconjunctivale Injection einiger Tropfen Sublimatlösung 1:2000 in der Nähe der erkrankten Stelle; endlich ein sorgfältiger Compressions-Verband. WECKER's Auseinandersetzungen blieben nicht ohne Widerspruch. DUFOUR meint, dass WECKER zu weit gehe, indem das Atropin in vielen Fällen von Ulcus corneae unzweifelhaft einen sofort günstigen Einfluss habe, so dass wir dieses schätzbare Mittel nicht ohne Weiteres beiseite lassen können. MARTIN erwähnt, er habe früher bei seinen Staaroperationen niemals Atropin angewendet, seit 2 Jahre tropfe er in jedes operirte Auge etwas Atropinlösung und glaubt damit den Vortheil zu erzielen, dass der nach Extractionen unvermeidliche und den Kranken so sehr störende Astigmatismus nicht zur Entwicklung komme.

* * *

Vacher *(Orleans): Die Entfernung der Linse als prophylaktisches Mittel bei starker progressiver Myopie und Abhebung der Netzhaut.*

VACHER übt diese Operation seit 4 Jahren und er findet die Resultate entschieden aufmunternd. Die Thatsache steht für ihn fest, dass im hochgradig kurzsichtigen Auge die Herausnahme der Linse dem Fortschreiten der Myopie Einhalt mache, dass sie der Abhebung der Netzhaut vorbeuge und daher öfter ausgeführt werden sollte, bevor sich im Auge unheilbare Veränderungen etablirt haben. Man dürfe aber einen eventuell so folgenschweren Eingriff, der bie Vernichtung des Sehorgans nach sich ziehen kann, nicht ohne reife Erwägung und stricte Indication ausführen. Die Operation ist nur zulässig bei Myopien über 14—15 Dioptrien und bei Individuen, welche ein Ensemble von schweren Symptomen: Doppeltsehen erschwerte Arbeit Photopsien mouches volantes, Cephalalgien und namentlich die Unmöglichkeit, nahe Objecte längere Zeit zu fixiren, sowie fortschreitende Herabsetzung der Sehschärfe darbieten. Um sich von dem wohlthätigen Einflusse der Operation zu überzeugen, solle man so vorgehen wie der Redner, nämlich zuerst ein Auge und zwar das schlechtere operiren und man werde dann durch Vergleich mit dem anderen Auge sehen, dass während am letzteren die Kurzsichtigkeit fortschreitet, dieselbe am operirten Auge zum Stillstande gekommen ist. Alle Operirten seien mit dem Erfolge ausserordentlich zufrieden und haben grosse Vortheile von der Operation gehabt.

Professor WECKER der ein entschiedener Gegner dieses Verfahrens ist, erzählt, er habe soeben an seiner Klinik einen jungen Mann gesehen, der von einem anderen Arzte an beiden Augen wegen Myopie operirt worden sei. Jetzt hat er eine beiderseitige Netzhautabhebung und ist vollständig erblindet. Solche Thatsachen seien geeignet die Begeisterung für diese Operation abzukühlen. «Ich betrachte», sagt «WECKER das Verfahren als ein schlechtes und glaube, dass es vollständig verlassen werden soll.»

* * *

Madie: *Die acute Blenorrhoe, deren Behandlung, Aetiologie und Prophylaxe.*

In den Laboratorien macht man die Erfahrung, dass schwache Lösungen von Sublimat oder Carbolsäure, von Jodoform oder Naphtol, von Resorcin oder übermangansaurem Kalium im Stande sind, die Virulenz der Gonokokken aufzuheben. Es ist dem aber nicht so, wenn sich dieses Mikrob im Gewebe der Bindehaut eingenistet hat, dann ist keine der erwähnten Substanzen im Stande, den blenorrhoischen Process aufzuhalten; das Silber-Nitrat dagegen besitzt eine wahrhaft specifische Wirkung gegenüber dem Gonococcus, auch wenn dieser in der Conjunctiva seine verheerende Thätigkeit entwickelt hat. Wie ist nun dieses Mittel anzuwenden?

Im Allgemeinen soll keine stärkere Lösung als eine 3%ige zur Anwendung kommen. Die Cauterisation muss gründlich gemacht werden, d. h. die Lider, namentlich das obere, sind vollständig umzustülpen, bis man der Umschlagstelle der Bindehaut ansichtig

wird und hierauf ist die Schleimhaut langsam mit dem Pinsel zu bestreichen. Zeigt sich eine leichte weisse Verfärbung der Conjunctiva, so ist mit reinem oder mit Salzwasser nachzuspülen, damit ein etwaiger Ueberschuss des Causticum entfernt werde. Das Touchiren ist zweimal innerhalb 24 Stunden zu wiederholen, darf jedoch dann nicht vorgenommen werden, wenn Spuren vom alten Aetzschorf vorhanden sind, oder wenn dieser sich gar als eine dichte, der Schleimhaut fest anhaftende Membran erweist.

Das erkrankte Auge muss aber auch unausgesetzt gewaschen werden und man hat eine Menge antiseptischer Flüssigkeiten zur Auswahl, die man verwenden kann. Borsäure und Sublimat (1 : 5000) Kal. hypermang. oder salpetersaures Silber (1 : 1000) werden gleich gute Dienste leisten. Das letztere Mittel wird sich namentlich bei jenen gewissen, ebenso rasch als zerstörend verlaufenden Blenorrhoen der Erwachsenen empfehlen.

Die Blenorrhoe ist eine infectiöse Krankheit, aber es erkrankt selten ein Individuum durch directen Contact mit einem anderen. Der Erwachsene hat meist seine Blenorrhöe von seiner eigenen Urethra, das Kind von der Vagina seiner inficirten Mutter; desshalb hat es auch keinen Sinn solche Kranke zu isoliren, vielmehr ist es nöthig durch geeignete Prophylaxe das Entstehen der Krankheit zu verhüten. Wären namentlich die Hebammen durch gesetzliche Bestimmungen genöthigt, die Geburtswege vor der Entbindung entsprechend zu desinficiren, würde die acute Blenorrhoe (zum mindesten die der Neugeborenen) eine seltene Krankheit werden.

Société de Biologie in Paris.

Sitzung vom 5. Mai 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Féré berichtet über den Einfluss der Toxine verschiedener Mikroorganismen auf die Entwicklung des Hühner-Embryo's. Seine Untersuchungen erstreckten sich auf die Einwirkung der Toxine des Streptococcus pyocyaneus, der Tetanus-, Diphtheritis- und Tuberkel-Bacillen und er konnte dabei einen, wenn auch nicht absolut sicheren, doch sehr ausgesprochenen Einfluss derselben constatiren, wobei die Wirkung natürlich nach den verschiedenen Quellen der Gifte schwankte. So zeigen unter dem Einfluss des Toxines des Bacillus diphtheriae nur ca. 80% Eier normale Entwicklung, im Vergleich zu 91% der Control-Eier.

* * *

Daran schliesst ***Kaufmann*** einen Bericht über den Harnstoff-Gehalt im Blut der Vögel. Von der Thatsache ausgehend, dass der Urin der Vögel arm an Harnstoff, dagegen reich an Harnsäure ist, könnte man leicht zu der Hypothese gelangen, dass dieses Verhältniss eine Folge energischerer Oxydation des producirten Harnstoffes sei und dass dieser sich daher im Blut der Vögel in derselben Menge finden müsse, wie in dem der Säugethiere. Die Untersuchungen KAUFMANN's zeigen aber, dass normales Hundeblut drei Mal so viel Harnstoff enthalte, wie das des Huhnes. Weitere Schlüsse werden aus dieser Thatsache nicht gezogen.

* * *

Nach einer kürzeren Mittheilung BUTTE's über den hohen relativen Gehalt der Gewebe des Foetus und des Neugeborenen an Glykogen, die mit einer Verringerung desselben in der Leber der Mutter einhergeht, macht DASTRE die interessante Mittheilung, dass nach seinen Untersuchungen Eiweiss-Stoffe, die ohne jede Versetzung mit Fermenten der Einwirkung von Salzlösungen ausgesetzt werden, den Beginn der Verdauung mitmachen. Es scheint daher, dass ihre Verdauung durch Spaltung ihrer Substanz vor sich gehen kann, und dass — wie CHAUVEAU dazu bemerkt — der Vorgang demnach ein analoger ist, wie die Umwandlung von Stärke in Zucker, die ebenfalls ohne den Einfluss von Ferment, blos durch die Wirkung der Schwefelsäure vor sich gehen kann.

Academie de Médecine in Paris.

Sitzung vom 8. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Laborde stellt einen 33jährigen Mann vor, der in eclatanter Weise die Wirkung einer von ZUYS bei ihm angewendeten Methode zur Bekämpfung der Asphyxie zu zeigen bestimmt ist. Es handelt sich um die Wirkung des rythmischen Vorziehens der Zunge, die wie bei Asphyxien der verschiedensten Art, bei welchen sie bisher angewendet wurde, auch bei der Erstickung durch Strangulation sich bewährte. Der vorgestellte Mann war durch mehrere Minuten aufgehängt gewesen. Nachdem alle anderen Wiederbelebungs-Versuche missglückt waren, gelang es durch fortgesetztes rythmisches Vorziehen der Zunge, ihn nach zehn Minuten zum Leben zurückzurufen.

* * *

Im weiteren Verlauf der Sitzung weist ***Lanceraux*** an der Hand der Geschichte der Typhus-Epidemien der Jahre 1876, 1882 und 1894 die Wichtigkeit der Rolle nach, welche das Trinkwasser bei allen diesen Epidemien spielte. Der Einfluss desselben ist ein entschieden vorherrschender und kann mit der Sicherheit eines Experimentes als Factor in Rechnung gezogen werden. Nach langer Discussion fasst die Academie nach dem Vorschlag DUJARDIN-BEAUMETZ folgende Beschlüsse:

«Die Academie spricht sich angesichts der Möglichkeit einer Verunreinigung der Quellenleitung, welche die Pariser Bevölkerung mit Trinkwasser versorgt, und obwohl sie einräumt, dass solche Verunreinigungen nur ausnahmsweise und selten vorkommen, für folgende Forderungen aus: Es mögen, was die Zufuhr des Trinkwassers nach Paris betrifft, alle diejenigen Massnahmen, die der Sanitäts-Polizei durch die gegenwärtige Gesetzgebung zur Verfügung stehen, gehandhabt werden, um das Wasser bei der Einleitung der Quellen und bei der Weiterleitung derselben vor jeder Verunreinigung zu schützen. Es mögen ferner die Dispositionen des Artikel II des Gesetzentwurfes zum Schutz der öffentlichen Sanität, die die Verhinderung der Verunreinigung des Trinkwassers zum Gegenstand haben, einer möglichst schnellen Erledigung im Senat zugeführt werden*).»

Société medicale des hôpitaux in Paris.

Sitzung vom 4. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Hanot berichtet über eine neuerliche Beobachtung eines Falles von schwerem Icterus mit subnormalen Temperaturen, der von dem Bacterium coli veranlasst wurde und eines zweiten Falles, bei welchem dieses Bacterium nicht nachweisbar war. Das bedeutende Interesse dieser beiden Fälle besteht darin, dass die bacteriologische Untersuchung während des Lebens des Kranken ausgeführt werden konnte. In dem ersten dieser Fälle liess sich in dem der Leber und einer Vene der Ellbogenbeuge entnommenen Blut der Nachweis des Bacterium coli, und zwar nur dieses Bacteriums, ausführen. In dem zweiten Fall, der ebenfalls einen schweren Icterus, aber mit fieberhaften Temperaturen betraf, gingen aus dem Blut Culturen des Streptococcus pyogenes aureus auf, während das Bacterium colli nicht nachweisbar war. HANOT folgert daraus eine weitere Bestätigung der hervorragenden Rolle dieses Bacteriums bei Icterus mit Temperatur-Erniedrigung.

MARFAU bemerkt hiezu, dass das Eindringen des Bacterium coli während der Agonie durchaus keine sichergestellte Thatsache wäre. Es hänge nach den Erfahrungen von WURTZ von den Untersuchungsmethoden im Allgemeinen, speciell aber von Läsionen des Darmtractes ab. Nur bei derartigen Läsionen des Darmes könne ein Eindringen stattfinden.

HANOT erklärt, sich über analoge Bedingungen für das Auftreten des Bacterium coli während des Lebens nicht aussprechen

*) Der erwähnte Artikel II, der in der Kammer angenommen und jetzt dem Senat unterbreitet ist, lautet folgendermassen: «Das Decret, welches die Nothwendigkeit der Einleitung einer Quelle zum Gebrauch einer Commune erklärt, hat zugleich mit der Erwerbung des Quellen-Gebietes selbst, auch die Grösse eines dieses umschliessenden Gebietes zu bestimmen, das zum Schutz der Quelle gegen jede Verunreinigung, ebenfalls in den vollen Besitzstand der Commune überzugehen hat. Innerhalb dieses Schutzgebietes ist die Ablagerung menschlicher Excremente, sowie das Graben von Brunnen ohne Ermächtigung von Seiten des Präfecten verboten. Die Höhe der dem Besitzer dieser Territorien zu leistenden Vergütung hat sich nach den Bestimmungen des Gesetzes v. 3. Mai 1841 über die öffentliche Exproprirung zu richten.»

zu können, wiederholt nur seine Ansicht, dass bei Cirrhosen das Herabsinken der Temperatur auf das Auftreten des Bacterium coli zurückzuführen sei. Auf eine Anfrage über das Auftreten mehrerer Blutungen bei derartigen Erkrankungen, führt HANOT den Fall einer Frau an, die gegenwärtig in seiner Behandlung steht, und welche trotz starker Blutungen und enormer Ekchymosen, doch jetzt in ein Stadium der Besserung einzutreten scheint. Zwischen der Schwere der Leber-Erkrankungen und dem Auftreten von Blutungen scheint sich demnach kein sicherer Zusammenhang nachweisen zu lassen.

* * *

Ferrand referirt dann seine Erfahrungen über die Anwendung des Glycerin's bei Gallenstein-Koliken. Das per os genommene Glycerin wird von den Lymphwegen und besonders von denjenigen, welche vom Darm zum Hilus der Leber führen, aufgenommen und lässt sich noch im Blut der Leber-Venen nachweisen. Es ist ein äusserst wirksames gallentreibendes Mittel, das in starken Dosen (20—30 *gr*) das Ende der Krise herbeiführt, in kleinen Dosen (5—15 *gr*) gegen neuerliche Attaquen schützt.

Societé de Chirurgie in Paris.

Sitzung vom 9. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Terrier spricht über Bromäthyl als Anästheticum. Es gibt nach ihm mehrere Arten von Bromäthyl, welche nach ihrer Zubereitung verschiedene Beimengungen schädlicher Substanzen enthalten. Dasjenige, welches von der Assistance publique geliefert wird, ist durch Phosphorverbindungen verunreinigt, die auf die Präparation desselben mit Hilfe von Phosphor, unreinem Brom und Alkohol zurückgehen. Auch die nochmalige Reinigung dieser Substanz, wie sie bei TERRIER vorgenommen wird, liefert kein chemisch reines Product.

Eine zweite Art des Bromäthyl's, die mit Hilfe von Bromkali, Alkohol und Schwefelsäure hergestellt wird, enthält Aethyläther und Bromwasserstoff-Verbindungen. Angesichts der beobachteten und möglichen Todesfälle in der Narkose, plaidirt TERRIER für die Errichtung von Narkose-Sälen, die anstossend an die Operations-Säle errichtet werden sollten und für die Anstellung eines eigenen Narkotiseur's bei jeder Abtheilung, dem das Anästhesiren obliegen sollte.

Wie actuell dieses Thema und die daran sich anschliessende Discussion über die schädlichen Nebenwirkungen der Bromäthyl-Narkose ist, zeigt unter anderen auch ein am 8. Mai in der Academie de médecine besprochener Fall. Es handelte sich dabei um eine Kranke, die bei der Narkose mittelst Bromäthyl nach der sechsten Einathmung starb. Die Menge des auf die Compresse gegossenen Mittels soll dabei gegen 8 *gr* betragen haben.

* * *

Nach Beendigung der Discussion, die sich hauptsächlich auf das Erbrechen während der Narkose bezog, berichtet *Berger* über die interessante Beobachtung eines gutartigen Tumors der Hand (Fibrom), der unter der Form eines Fibrosarkoms recidivirte. Der Fall ist deshalb beweisend, weil die histologische Untersuchung aller drei Stücke, des zuerst aufgetretenen Tumors und zweier Recidiven, zu derselben Zeit vorgenommen werden konnte, da die Stücke von dem Patienten aufgehoben worden waren. Es handelt sich um einen jungen Mann, der an einem Tumor des Fingers (einem periostalen Fibrom) operirt worden war. Später erfolgte eine Recidive an einem Metacarpal-Knochen, zuletzt an derselben Stelle ein Tumor, der sich bei der Untersuchung als echtes Fibrosarkom herausstellte.

VERNEUIL findet, dass diese Thatsache ein neuer Beweis zu Gunsten seiner Ansicht über den Wechsel der Erscheinungsformen der Neoplasmen sei. Er citirt mehrere analoge Fälle; es sei allgemein anerkannt, dass solche Fälle, wenn auch nicht gerade etwas Gewöhnliches, so doch etwas Mögliches wären.

QUENU meint, man thue überhaupt Unrecht daran, über den Zusammenhang zwischen der histologischen Natur eines Tumors und seiner klinischen Entwicklung etwas Bestimmtes auszusagen. Wir wissen über die Formen dieser Entwicklung zu wenig. Der Fall BERGER's erkläre sich ganz einfach daraus, dass Fibrom und Sarkom Tumoren desselben Ursprunges seien oder vielmehr, dass sie ein und dieselbe Geschwulst in zwei verschiedenen Entwicklungsstadien seien.

Im weiteren Verlauf der Debatte weist BERGER diese Ansicht entschieden zurück: «ein Fibrom und ein Sarkom wären zwei verschiedene Dinge», während sie von KIRMION und QUENU unterstützt wird, die sich auf die Autorität VERNEUIL's berufen, der der Vater derselben sei.

Société de Therapeutique in Paris.

Sitzung vom 9. Mai 1894.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Bardet verliest erst eine Mitthung THOUVENAIT's über unangenehme Nebenwirkungen bei der Darreichung von Chloralose. Er beobachtete sie zwei Mal hintereinander nach mässigen Dosen (0·4 *gr*) ein Mal bei einem Diabetiker, das zweite Mal bei einer Patientin mit Uterusfibromen. Sie bestanden in Zittern, Aufstossen, Uebliehkeiten, Erbrechen, in einer Art von stuporöser Unruhe, die von dem Ausstossen unzusammenhängender Sätze und sogar von spontanem Abgang von Stuhl und Urin begleitet war. BARDET lenkt die Aufmerksamkeit deshalb auf diese Erscheinungen, weil er selbst Gelegenheit hatte, sie in mehreren Fällen zu beobachten und die Schuld nicht der Fabrikation des Medicamentes zur Last legen kann. Die Chloralose, welche bei seinen Patienten diese Giftwirkungen hervorrief, war dasselbe Mittel, welches er Jahre hindurch ohne jeden Schaden angewendet hat.

VOGT hebt hierauf in einer kurzen zur Verlesung gebrachten Note die günstige Wirkung des Rubidiumjodid's hervor. Diese Substanz, deren Preis sich übrigens drei Mal so hoch stellt, als die des Jodkalium's wird viel besser vertragen, als dieses und eignet sich dafür, dasselbe zu ersetzen, wo die Kalium-Verbindung nicht vertragen wird.

PAUL und BARDET bemerken hiezu, dass es bis jetzt noch nicht gelungen wäre, das Jodkalium durch andere Jodverbindungen, weder in seiner Anwendung bei Arteriosclerose, noch bei Syphilis zu ersetzen.

COURTADE erwähnt, dass seine Versuche mit Jodkalium zum Vortheil des Jodkalium ausgefallen seien.

Gegen die Nebenwirkungen des Jodkalium gibt BLONDEL dem Medicament eine gleiche Menge von Natr. bicarbon. bei, während PAUL hervorhebt, dass leichte Diuretica die Erscheinungen des Jodismus und Bromismus schwächen. Er bedient sich, besonders bei Atheromatose, folgenden Mittels:

Vin. quinquin.	300·0 *gr*.
Syr. cort. aurant.	100·0 *gr*.
Kal. jodat.	5·0 *gr*.

und lässt von dieser Mischung vierzehn Tage lang täglich einen Esslöffel voll nehmen, dann einige Tage aussetzen, um hierauf wieder mit derselben Dosis zu beginnen.

XI. Internationaler Medicinischer Congress in Rom.

29. März bis 5. April 1894.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Section für Pathologie.

Pankreas und Diabetes.

Prof. HANSEMANN beschreibt die bei der Autopsie von Diabetikern gefundenen Veränderungen des Pankreas. Zahlreiche Experimente an Hunden erbrachten den Nachweis, dass Exstirpation des Pankreas von Diabetes gefolgt ist. Danach stellte sich Redner die Frage nach dem Zusammenhange von Läsionen des Pankreas mit Diabetes beim Menschen. Diabetes kann ohne Erkrankungen des Pankreas bestehen, dies trifft aber nur für 50 Procent der Fälle zu. In den übrigen Fällen war das Pankreas mitbetheiligt. Am häufigsten fand sich einfache Atrophie, die von der cachektischen Atrophie wohl zu unterscheiden ist. Es handelte sich um Sclerose in Folge Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes oder

um Atrophie in Folge Verschlusses des Ausführungsganges durch Tumoren etc. Letztere Affection führte nur ausnahmsweise zu Diabetes — wenn die Atrophie weit genug vorgeschritten war; dagegen war die echte primäre Atrophie des Pankreas die Krankheit, an die sich schon in frühen Stadien Diabetes anschloss. Selten fand sich Diabetes bei Nekrose des Pankreas wohl wegen des raschen Verlaufes dieser Affection, während die Entwicklung einer Glycosurie längere Zeit in Anspruch nimmt. Auch Krebs des Pankreas war seltener von Diabetes gefolgt.

* * *

Nekrose des Pankreas und ihre Beziehungen zur Fettnekrose.

Dr. JOHN LINDSAY STEVEN (Glasgow) gibt eine Uebersicht über die ältere Literatur von ZENKER, BALSA, CHIARI, FITZ und LANGERHANS. Dann referirt er detaillirt über 2 Fälle von Erkrankung des Pankreas mit multiplen Fettnekrosen. Der erste, 1889 beobachtet, betraf ein toroses Individuum, starker Trinker, 30 Jahre alt, der nach viertägiger Krankheit unter den Erscheinungen von Stuhlverstopfung, Gefühl von Völle im Epigastrium und endlichem Collaps starb. Bei der Autopsie fanden sich multiple nekrotische Herde im Fette der Bauchschwarte, ausserdem Vergrösserung, Hämorrhagien und Infarcirung des Pankreas. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 34jährige Frau, die seit der Geburt ihres letzten Kindes, und zwar durch 5 Monate, an Magenschmerzen litt. In der Unterbauchgegend wurde während des Lebens undeutlich ein Tumor palpirt, ohne, dass es möglich gewesen wäre, über seine Natur sich eine genauere Vorstellung zu bilden. Bei der Autopsie zeigte sich das Pankreas nekrotisch und lag wie ein Sequester in einer mit tintenschwarzer Flüssigkeit gefüllten peripankreatisch-peritonealen Cyste. Auch hier fanden sich multiple Fettnekrosen in dem sehr fettreichen Körper. In beiden Fällen nichts Abnormes in den übrigen Organen. Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen kommt Autor zu den folgenden Schlussfolgerungen:

1. Fettnekrose und Nekrose des Pankreas bilden zwei distincte und insoferne von einander unabhängige Krankheiten, als die eine Affection recht wohl ohne die andere bestehen kann.

2. Ist die fettige Nekrose sehr weit ausgedehnt, so kann es durch Confluenz benachbarter Herde in der Nähe des Pankreas auch zur Nekrose dieses Organes kommen.

Die beiden angeführten Fälle sind geeignet, verschiedene Stadien der Krankheit zu demonstriren. Nekrose des Pankreas mit der genannten Aetiologie verdient immerhin eine gesonderte Betrachtung.

* * *

Vergleichende pathologische Anatomie der Nekrose.

Dr. O. ISRAEL (Berlin) liefert eine sehr bemerkenswerthe vergleichende Studie über Nekrosen im Thier- und Pflanzenreiche, die er bei beiden für genetisch identisch hält. Auch wurde der Process während des Sterbens und nach dem Tode beobachtet. Redner weist gleichzeitig werthvolle Belege an Bildern, Photographien und mikroskopischen Präparaten vor.

* * *

Die Leber bei Infectionskrankheiten

Professor ROGER (Paris) spricht über die Function der Leber bei Infectionskrankheiten. Die meisten infectiösen Krankheiten mögen in der Leber anatomische Läsionen oder doch functionelle Störungen verursachen. Die Art der beobachteten Läsionen war nicht nur bei verschiedenen Krankheiten, sondern auch bei ein und demselben Leiden verschieden, je nachdem es sich um Thiere derselben oder verschiedener Species handelte. Beim Geflügel z. B. erzeugte Tuberkulose glasige Degeneration der Leberzellen, sie erzeugte amyloide Degeneration beim Fasan, wirkliche Tuberkulose oder Sclerose bei Meerschweichen, Tuberkelknoten mit eigenartiger Cachexie bei Kaninchen. Mit einem Mikroben, den er Bacillus septicus putidus nennt, gelang es, im Lebergewebe Thrombose, hyaline Degeneration, Wucherung embryonalen Zellgewebes und organisirte periportale Thrombose zu erzeugen. Die gleichen Veränderungen wurden durch die in den Culturen desselben Bacillus enthaltenen löslichen toxischen Substanzen hervorgerufen. Auch die Functionen der Leber in Infectionskrankheiten wurden einem genaueren Studium unterzogen. Wie bekannt, kann die Leber eine grosse Menge von Toxinen, die ihr durch die Vena Portae zugeführt werden, aufnehmen und zerstören, insbesondere die Toxine der Mikroorganismen, eine Function, die, wie Autor gezeigt hat, an die Gegenwart des Glycogens gebunden ist. Redner forschte dem Schicksale des Glycogenes bei Infectionskrankheiten nach. Er studirte den Anthrax und die durch Streptococcen hervorgerufenen Krankheiten bei Kaninchen. Die Menge des Glycogenes zeigte sich im ersten Stadium des Anthrax unverändert trotz des Ansteigens der Temperatur bis auf 103° F. Auch die Zuckermenge des Blutes zeigte sich nicht alterirt. Später, mit dem Auftreten schwererer Symptome und dem Sinken der Temperatur, fiel nach und nach der Glycogengehalt, wogegen der Gehalt des Blutes an Zucker sich vermehrte bis auf 2—3 pro mille. Bei den durch Streptococcen erzeugten Krankheiten nahm die Zuckermenge des Blutes im Gegentheile ab. Daraus ergibt sich, dass die Leber trotz bestehenden Fiebers fortfährt, die bei acuten Krankheiten gebildeten Toxine zu zerstören. Dafür gibt es auch klinische Belege. So versteht man jetzt, dass bei Menschen, die an Leberaffectionen leiden, infectiöse Krankheiten verhängnisvoll zu werden pflegen. Aus den Auseinandersetzungen ROGER's scheint auch hervorzugehen, dass Lebererkrankungen zum Entstehen des Delirium Tremens prädisponiren. Infectiöse Krankheiten aber, die sich im Verlaufe einer Lebererkrankung einstellen, nehmen in Folge Functionsstörung der veränderten Leberzellen, zumeist tödtlichen Verlauf.

* * *

Ueber die Parasiten der Malaria.

MARCHIAFAVA, BIGNAMI und Andere gaben genaue Schilderungen des feineren Baues der Malariaparasiten.

* * *

Section für Laryngologie.

Präsident Prof. MASSEI hält zu Beginn Sir MORELL MAKENZIE einen sympathischen Nachruf.

* * *

Pachydermia laryngis.

Prof. CHIARI spricht über Pachydermie des Larynx und über die Natur der Fibrome der Stimmbäuder. VIRCHOW's verrucöse Form glaubt CHIARI die Bezeichnung Pachydermie verweigern zu sollen, er hält jene vielmehr für identisch mit dem klinischen Papillom. Auch diffuse Pachydermie hält er nur für die Erscheinungsform einer anderen Erkrankung des Larynx, nicht für eine Krankheit sui generis. Er unterscheidet bezüglich der echten Pachydermie die primäre, idiopathische Form, als Folge eines chronischen Katarrhes und die secundäre Form, die eine Theilerscheinung der tuberkulösen oder syphilitischen Perichondritis darstellt. Jodnatrium erwies sich bei der Behandlung gelegentlich nützlich, zuweilen aber rief es Störungen des Gesammtorganismus hervor und versagte auch hie und da in Fällen mit unzweifelhaft luetischem Ursprunge. Am meisten zu empfehlen ist noch die elektrolytische Behandlung, die Redner noch am ehesten für geeignet hält, die sonst häufigen Recidiven zu verhindern.

BRAUN (Triest), DIONISIO und GARNAULT treten mit Eifer für die Massage der oberen Luftwege ein. CHIARI sah von ihr wenig günstige Erfolge; am meisten ist sie noch für die Behandlung der Ozaena zu empfehlen.

* * *

Section für Otologie.

Nach der Ansprache des Präsidenten beschrieb Prof. MOOS (Heidelberg) einen Fall von Thrombose des Lateralsinus. Der Processus mastoideus wurde trepanirt, der Tod erfolgte durch Pyosepticämie. Bei der Autopsie fand sich die Thrombose, trotzdem während des Lebens weder Temperatursteigerung noch Rigor der Muskulatur beobachtet worden war. Für die Diagnose solcher dunkler Fälle empfiehlt MOOS die bacteriologische Untersuchung des Blutes.

Dr. MOURE (Bordeaux) beschreibt einen Fall von latentem Hirnabscess, vom Ohre fortgeleitet, mit plötzlich eintretendem letalen Ausgange. Die Necropsie wurde nicht gestattet.

Dr. RHEINHARDT (Duisburg) empfiehlt die operative Behandlung des Cholesteatomes. Von der Hinterfläche des Ohres zieht er Lappen zur Transplantirung heran. In der Regio mastoidea wird die Wunde offen gelassen, zumal dieselbe bei Weibern durch das Haar bedeckt werden kann. Das Uebriglassen einer Oeffnung schützt vor Recidiven.

Professor GRADENIGO spricht über Ohraffectionen bei hereditärer Syphilis. Dieselben können mit oder ohne Eiterung verlaufen und auch erst im späteren Leben zum Ausbruche kommen.

Dr. GELLÉ referirt über einige Fälle, wo durch eine antiluetische Behandlung rasche Besserung erzielt wurde, nachdem alle anderen Heilmethoden sich als ohnmächtig erwiesen hatten.

Dr. CALLADON spricht über die Bedeutung von Fixationsabscessen in der Ohrenheilkunde. Darunter versteht Redner den ableitenden Einfluss, den ein Abscess an der Aussenseite der Ohren auf Mittelohrerkrankungen ausübt. Als antiseptisches Irritans verwendet CALLADON das Thymol.

Prof. GRADENIGO discutirt die Pathogenese der MENIÈRE'schen Krankheit. Die meisten hieher gezählten Fälle gehören nach Redners Meinung der falschen oder Reflexform an, durch Erkrankung des Trommelfelles verursacht.

Dr. AVALEDO referirt einen Fall mit vollkommen ausgesprochenen MENIÈRE'schen Symptomen, wo nach der STACKE'schen Operation Heilung erzielt wurde.

Unter den am zweiten Tage gehaltenen Vorträgen sind hervorzuheben:

Dr. KIRCHNER (Würzburg) über den Werth der Gymnastik der Gehörknöchelchen und über Nekrose der Corhlea. — Dr. GELLÉ über den Knochencanal des Facialis und seine Läsionen mit Rücksicht auf einen Fall, wo Extraction eines Polypen aus dem Ohre von Facialisparalyse gefolgt war. — Professor POLITZER beschreibt eine neue Erkrankung des Ohres, durch progressiv zunehmende Schwerhörigkeit charakterisirt, verursacht durch eine Art entzündlicher Hyperostose in und um das Fenestrum ovole. Zumeist trat das Leiden im späteren Alter auf und zwar im Zusammenhange mit arthritischer oder syphilitischer Dyscrasie. — Prof. MOOS zeigt schöne anatomische Präparate von Krankheiten des inneren Ohres. — Professor GRAZZI spricht über den schädlichen Einfluss von lärmenden Eisenbahnsignalen auf die Ohren der Bahnbediensteten. Die Ohren derselben sind daher ebenso wie ihre Augen einer regelmässigen Untersuchung zu unterziehen. — Dr. CORRADI kommt nach langen Studien zu dem Resultate, dass Assymmetrie des Schädels auf den Ausfall des WEBER'schen Stimmgabelversuches ohne Einfluss ist.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Therapeutische Neuigkeiten auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und Syphilis.

Kritische Besprechung von **Dr. S. Jessner**, Königsberg.

Fischer's Medicin. Buchhandlung, H. Kornfeld. Berlin 1894.

Verfasser unterzieht sich der kaum lohnenden Mühe, jene nicht geringe Zahl von «Novitäten» zusammenzustellen, welche im Laufe der letzten Jahre auf dem Gebiete der Dermatologie den Heilschatz zu bereichern schienen.

Eine, nach der supponirten Heilwirkung geordnete, kritiklose Besprechung von so und so viel Heilmitteln und Applicationsmethoden, die weder das Interesse des Fachmannes fesselt, noch aber dem Praktiker irgend welchen Nutzen gewährleisten wird; zumal die wissenschaftliche Kritik, über die Mehrzahl dieser «Nova» längst wieder zur Tagesordnung übergegangen ist.

Einigen Werth kann eine ähnliche Zusammenstellung nur besitzen, wenn sich dieselbe wirklich als «kritische Revue» präsentirt, d. h. dem Praktiker einerseits jene Mittel an die Hand gibt, deren Brauchbarkeit durch gründliche Erprobung erhärtet worden ist, andererseits aber mit aller Schärfe gegen therapeutische Empfehlungen zu Felde zieht, die sich als wirkungslos erweisen und nur dem Vortheile ihrer Erfinder dienen.

Nach einer Sichtung des Materials im angedeuteten Sinne, blickten wir in der vorliegenden Zusammenstellung umsonst aus, wofür sich die Ursache empfindlich in dem Umstande geltend macht, als dem Verfasser bezüglich der Mehrheit der empfohlenen Mittel die persönliche Erfahrung gänzlich mangelt. *Dr. Nobl.*

Ein Beitrag zur psychischen und suggestiven Behandlung der Neurasthenie.

Von **Dr. Freiherrn v. Schrenck-Notzing**.

Verlag von H. Brieger. Berlin 1894.

Die vorliegende Arbeit, welche eine Ergänzung zu dem correspondirenden Abschnitte des Handbuchs der Neurasthenie, (herausgegeben von MÜLLER) bildet, der gleichfalls vom Verfasser herrührt, wird Allen willkommen sein, welche in der Hypnose ein Allheilmittel erblicken. Unbefangenere Prüfung des vorliegenden casuistischen Materials ergibt, dass der Heilerfolg der Hypnose bei Neurasthenie recht gering ist und sicherlich kein besseres Resultat gibt, als andere Methoden. Bedenkt man aber, dass Neurasthenische im Allgemeinen schwer oder gar nicht hypnotisirbar sind — was alle Hypnotiseure zugestehen müssen — und dass es vom therapeutischen Standpunkt denn doch bedenklich ist, einen Zustand aufzuoctroyiren, der sicherlich nicht geeignet, das Wesen dieser Krankheit, die Willensschwäche, zu beseitigen, dann wird man wohl lieber andere Heilfaktoren zurathe ziehen, zumal auch das nicht unbedenkliche Heilmittel der hypnotischen Suggestion keinen sicheren Erfolg gewährt. Dagegen möchten wir diese Schrift wegen der trefflichen Darlegung der nicht hypnotischen Psychotherapie, welche allerdings nur einen kleinen Raum einnimmt, aufs beste empfehlen.

Dr. M. N.

Technik der Massage.

Von **Dr. Albert Hoffa**, Privatdocent für Chirurgie in Würzburg.

Mit 29 theilweise farbigen Abbildungen im Texte.

Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart, 1893.

Die medicinische Literatur verdankt dem unermüdlichen Würzburger Chirurgen schon manches werthvolle Werk.

Alle zeichnen sich durch Vertiefung in die Materie, wie durch Uebersichtlichkeit der Anordnung und Flüssigkeit des Styles in gleicher Weise aus. Auch das vorliegende Werkchen besitzt alle diese Vorzüge, doch scheint uns sein Werth noch in hervorragenderem Masse ein moralischer zu sein. Vielleicht wird doch wieder eine Anzahl von Aerzten durch dieses Buch darüber belehrt, dass die Massage Monopol der Aerzte nicht aus materiellen, sondern aus inneren Gründen werden muss. Man wird durch die Lectüre von HOFFA's Brochure davon überzeugt, dass ein medicinisch nicht ausgebildeter Masseur viel schaden kann und dass auch der Arzt noch manches speciell lernen muss, um mit Gewissenhaftigkeit als Masseur fungiren zu dürfen. Von anatomischer Basis ausgehend, legt HOFFA die Technik der Massage dar und wir können dieses Buch allen Collegen nur auf das wärmste empfehlen.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche, die Zahl der Zeichnungen eine unverhältnissmässig grosse. *J. S.*

Zur Hydrologie des Bezirkes Konjica in der Hercegovina.

Von **Dr. Justin Karlinski.**

Herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina, Druck der Landesdruckerei. Sarajevo 1893.

Der Verfasser, der bereits im Jahre 1892 eine Brochure zur Hydrologie des Bezirkes Stolac verfasst hat, legt hier die Ergebnisse neuer bacteriologisch-chemischer Untersuchungen aus dem Bezirke Konjica vor.

Die Arbeit ist mit ausserordentlichem Fleiss abgefasst und bietet wichtige Beiträge zur Kenntniss der hygienischen Zustände in den betreffenden Ortschaften. *F.*

Zeitungsschau.

Moritz Cohn: Vorläufige Mittheilung zur Behandlung der Lungentuberkulose. (Deutsche Med. Wochenschr. 1894, Nr. 14.)

Verfasser kam auf den Gedanken, das Ammonium sulfoichthyolicum wegen seiner antibacteriellen Wirksamkeit und seines günstigen Einflusses auf die Verdauungsthätigkeit zu versuchen, und war von seiner Wirkung im höchsten Grade überrascht. Nachdem Verfasser jetzt über 100 Fälle damit behandelt und während der ganzen Zeit (etwas über zwei Jahre) bei richtiger Diät und Lebensweise keine üblen Folgen gesehen hatte, möchte Verfasser die Collegen bitten, in geeigneten Fällen im Interesse der leidenden Menschheit auch ihrerseits Versuche anzustellen. Verfasser will hier gleich bemerken, dass in den Fällen, in welchen nach der Behandluung, die sich mindestens über ein Jahr erstrecken muss, keine Anzeichen der Krankheit mehr nachzuweisen waren, Verfasser dieses nicht für eine Folge des Ichthyolgebrauches hält, sondern für eine Folge der durch den Gebrauch des Medicamentes unglaublich gesteigerten Ernährung. Der Billigkeit und der leichteren Resorption halber verordnete Verfasser das Medicament folgendermaassen:

Ichthyol
Aqua destillata ana 20,0

und liess mit dreimal täglich 4 Tropfen beginnen und bis zu 40 Tropfen dreimal am Tage ansteigen, bei Kindern im Alter von fünf bis zwölf Jahren etwa die Hälfte. Das Einnehmen geschieht am besten vor den Mahlzeiten, und lässt man wegen des schlechten Geschmackes etwas schwarzen Kaffee nachtrinken. Ein Theil der Patienten konnte das Medicament morgens erst nach dem Frühstück vertragen, und liess Verfasser diese ruhig gewähren. An den schlechten Geschmack gewöhnen sie sich bald, man muss nur etwas zureden. Die Steigerung geschieht derart, dass man den Patienten täglich einen Tropfen mehr nehmen lässt, bis die höchstgewünschte Tropfenzahl erreicht ist, bei welcher derselbe stehen bleibt. Als besonders wichtig muss Verfasser noch hervorheben, dass die Tropfen nur in einer grösseren Quantität Wasser genommen werden können, etwa in einem Weinglase bis zu einem halben Wasserglase je nach der Quantität. Für die bessere Praxis kämen allerdings Pillen und Inhalationen in Frage, doch muss Verfasser dabei bemerken, dass die Wirksamkeit der ersteren eine viel geringere ist. Das Aufstossen, über welches die Patienten im Anfange klagen, tritt nach Pillen ebenso stark wie nach der wässerigen Lösung auf.

L. Galliard: Der Rothlauf des Gesichtes und das Herz. (Médecine moderne Nr. 12 vom 10 Februar 1894.)

Verfasser spricht die Meinung aus, dass man bisher die Häufigkeit der Herzerkrankungen beim Rothlauf überschätzt hat. Er hat 350 Fälle von Erysipel beobachtet und war nur bei 6 Kranken in der Lage, einen Zusammenhang zwischen Rothlauf und Herzaffection constatiren zu können. Einmal handelte es sich bei einem 28jährigen Manne um eine Endocarditis, zweimal konnte er Entzündung des Herzbeutels nachweisen und in einem Falle bei einer 55jährigen Frau kam es zu einer Myocarditis, bei den drei anderen waren nur vorübergehende Geräusche zu hören gewesen. Bei 12 Individuen, die von früher mit Herzleiden behaftet waren und einen Rothlauf zu bestehen hatten, trat keinerlei Verschlimmerung ihrer Herzaffection auf und nur in einem solchen Falle konnte ein pericardiales Reiben gehört werden, das bald wieder verschwand. Bei den Obductionen konnte der Verfasser nur solche Veränderungen im Herzen nachweisen, welche entweder einen gleichzeitig bestehenden Atherom oder aber einer chronischen Nierenerkrankung ihren Ursprung verdanken. Kurz es ist nicht das Herz, welches den an Rothlauf Erkrankten Gefahr bringt.

Bossi: Ueber die Verwendung des Zuckers, bei Behandlung der Wehenschwäche im Verlaufe der Geburt. (Revue internationale de bibliographie médicale 25. April 1894.)

Gestützt auf die Erfahrungen zweier italienischer Physiologen, welche gefunden haben, dass der Zucker eine erregende Wirkung auf die quergestreiften Muskeln ausübt, hat Bossi in Genua den Zucker bei Gebärenden versucht, bei welchen in Folge mangelhafter Zusammenziehung des Uterus die Geburt nicht mit wünschenswerther Raschheit vor sich gieng. Verfasser hat das Mittel bis jetzt nur in einigen Fällen versucht, jedoch mit guten Resultaten, indem in allen Fällen die verzögerte Entbindung beschleunigt wurde. Es wurden 30 *gr* Zucker in 250 *gr* Wasser gelöst verabreicht und es trat die ekbolische Wirkung in 25 bis 40 Minuten ein, auch soll sie genügend angehalten haben um die Frucht auszustossen. Manchmal jedoch musste eine Stunde nach der ersten Dosis eine zweite ebenso grosse gereicht werden, um den gewünschten Zweck zu erreichen. Die Contractionen der Gebärmutter sollen immer gleichmässig gewesen sein und niemals tetanischen Charakter gehabt haben. Verfasser glaubt, dass das Mittel namentlich in der Landpraxis wird gute Dienste leisten können. *A. P.*

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerztliches Vereinsleben in Wien. Bei der am 25. d. M. unter dem Vorsitze Prof. Puschmann's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirte Prof. Weinlechner einen Patienten, bei welchem er wegen carcinomatöser Infiltration der Wange die Deckung des durch die Excision gesetzten Defectes mittels aus der Hals- und Nackengegend entnommenen Hautlappen mit gutem Erfolge vornahm. Dr. Elzholz berichtet dann über ein neues Verfahren zur quantitativen Bestimmung der Leukocythen im Blute, welches einerseits sicherer, andererseits einfacher ist als die bisher bekannten und gebräuchlichen Methoden und für die Diagnose und Prognose der Leucocythose ein weites Feld eröffnet. Dr. Kohn hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Diphtheritis und Schulhygiene,» worin derselbe Gedanken und Vorschläge zur Erweiterung der prophylactischen Massregeln, gegen die Diphtheritis unter Schulkindern, mittheilt. Der ausführliche Bericht über den Verlauf der Sitzung erscheint in der nächsten Nummer unseres Blattes.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. (Von der medicin. Facultät.) Czerny hat die Berufung nach Wien abgelehnt. Wie Erb und Naunyn hat Czerny es nicht über sich bringen können, seine neue, reich ausgestattete Klinik gegen die nichts weniger als mustergiltig eingerichtete Wiener Klinik einzutauschen. Allerdings hat gerade Czerny die hiesigen Verhältnisse auch vor seinem in den letzten Tagen in Wien erfolgten Besuche zur Genüge gekannt, und es erscheint daher seine vorläufige Zusage, ohne welche er wohl nicht primo loco zum Nachfolger Billroth's vorgeschlagen worden wäre, nicht recht begreiflich. Es ist nun sehr fraglich, ob das Ministerium jetzt nochmals mit einem im Auslande wirkenden Schüler Billroth's Unterhandlungen anknüpfen, oder nicht vielmehr sofort Gussenbauer, der ja auch im Vorschlage des Professoren-Collegiums genannt war, berufen wird.

— Graz. Der ausserordentliche Professor Dr. Theodor Escherich wurde zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt.

— Budapest. Dr. Julius Donath hat sich für Nervenheilkunde und Dr. Paul Terray für innere Medicin habilitirt.

* Heidelberg. Am 14. d. M. fand hier die Constituirung einer Gesellschaft süddeutscher Laryngologen statt. Derselben traten 43 Mitglieder bei.

* Würzburg. Der vom Senkenberg'schen Institute alle vier Jahre für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Kinderheilkunde zu verleihende Stiebel-Preis wurde Dr. A. Hoffa, Privatdocenten an der hiesigen Universität, zuerkannt.

* London. Am 3. d. M. fand, wie die Berliner Klinische Wochenschrift berichtet, unter dem Vorsitz des Herzogs von Cambrigde eine Versammlung statt, um über ein Denkmal für den verstorbenen Sir Andrew Clarke zu berathen, in welcher Gladstone, der Cardinal Vaughan, Mr. J. Hutchinson, Canon Wilberforce, Sir James Paget, Mr. Buxton und Mr. E. Hart sprachen, während Männer wie Huxley, Lord Rothschild, Lord Tennyson, der Dean of Westminister, der Earl of Iddesleigh u. A. ihr Fehlen entschuldigt hatten. Es wurde beschlossen, beim London Hospital ein Gebäude zu errichten, welches den Namen Sir Andrew Clarke's tragen soll und wie Sir James Paget sagte, im Sinne des Verstorbenen besonders geignet für das Wohl der Kranken und für die Pflege der Wissenschaft sein soll. Gladstone leitete die Besprechungen mit einer ausgezeichneten Rede ein, in der er ausführte, dass die Stellung des ärztlichen Standes stetig an Ansehen zunehme. Er sei alt genug, um den Umschwung erlebt zu haben, der sich bei den Aerzten vollzogen hätte, die Zunahme ihrer Geschicklichkeit und ihres Wissens, sowie ihrer Fähigkeit, den schwierigen, fast unlösbaren Fragen, die sich ihnen fortwährend darbieten, gerecht zu werden. Aber ein Arzt müsse noch mehr wie Wissen Geschicklichkeit haben. Er müsse die Hingebung an seinen Beruf besitzen und gerade diese sei Andrew Clarke in hervorragendem Maasse eigen gewesen. Als ihn einst Jemand bedauert hätte, dass er aus seinen Ferien heimkehren musste, hätte ihm Clarke geantwortet: «Sir, ich liebe meinen Beruf.» Andrew Clarke sei ein Character gewesen, ein Typus alles dessen, was gut und edel sei im ärztlichen Berufe. «Wie gross auch die jüngsten Fortschritte des ärztlichen Standes sein mögen», schloss Gladstone, «wie gross auch die Fortschritte dieses Standes in der Zukunft sein mögen, immer würde der ärztliche Stand stolz darauf sein dürfen, den Namen Andrew Clarke's in seinen Annalen zu verzeichnen.»

* Kgl. Rath Dr. Heinrich Mangold hat seine curärztliche Praxis in Füred am Plattensee wie alljährlich auch heuer wieder aufgenommen.

---

* Katalog der Elektrotechnischen Fabrik von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen. Für den neu erschienenen Katalog über «elektromedicinische Apparate» wurde statt des vorjährigen Grossquartformates dieses Mal der Handlichkeit halber Grossoctav gewählt. Trotz dieser Grössenreduction hat der Katalog dieselbe Uebersichtlichkeit und Vollständigkeit behalten, die den vorjährigen kennzeichnete Die Technologie wurde in dem kleinen Werkchen als erster Theil vorangestellt. Für eingehenderes Studium der elektro-medicinischen Literatur ist am Schluss der Technologie ein Verzeichniss derselben angefügt. Alle veralteten und wenig gangbaren Apparate wurden aus dem Katalog fortgelassen, dafür aber alle Neuheiten hinzugefügt. Dies gilt besonders von endoskopischen Instrumenten und Anschlüssen an Stark-Stromanlagen. Wie in der vorjährigen Ausgabe, so werden auch diesmal die einzelnen Abtheilungen durch Prospecte eingeleitet, in denen kurze Angaben über Construction und Leistung zum Zweck richtiger Auswahl gemacht sind.

Aerztliche Stellen.

Epidemie-Aerzte. Die bosnisch-herzegovinische Landesverwaltung beabsichtigt, wie im vorigen Jahre für den Fall des Ausbruchs der Cholera in Bosnien oder an der Grenze dieses Landes eine Anzahl von Aerzten auf die Dauer der Epidemie gegen ein Honorar von täglich zwanzig Gulden und Vergütung der normalmässigen Reisekosten zu engagiren, beziehungsweise solche Aerzte jetzt schon für den Bedarfsfall in Vormerkung zu nehmen. Reflectanten können ihre, die Angaben, beziehungsweise den Nachweis über ihre bisherige Verwendung enthaltenden und mit dem Diplome zu instruirenden Vormerkungsgesuche bei dem Bosnischen Bureau des gemeinsamen Ministeriums (Wien, I., Schellinggasse Nr. 5) einreichen.

Districtsarztesstelle im Vertretungsbezirke Grulich (Böhmen) für die Gemeinden Nieder-Erlitz, Ober-Erlitz, Niederheidisch, Herrnsdorf, Rothfloss, Niederlipka, Mittellipka, Oberlipka, Obermohrau, Niedermohrau und Nieder-Ullersdorf mit zusammen 6500 Einwohnern und dem Sitze in der Stadt Grulich. Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 400 fl. ö. W. und ein jährliches Reisepauschale von 137 fl 74 kr. ö. W. verbunden. Bewerber, welche deutscher Nationalität sein müssen, haben ihre Gesuche bis 30. Juni 1894 bei dem Bezirksausschusse in Grulich einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Schrattenberg-Garschenthal (Niederösterreich). Gehalt 550 fl. und freies Quartier. Gesuche sind an den Gemeindevorstand in Schrattenberg zu richten.

Gemeindearztesstelle in Schiltern Bezirk Krems. (Niederösterreich), Bezüge: Jahressubvention aus dem n.-ö. Landesfonde 400 fl., von der Gemeindegruppe 120 fl. Berechtigung zur Führung einer Hausapotheke. Der Anschluss der Gemeinden Ober- und Unterreith und Schiltinger-Amt steht in Aussicht. Gesuche sind bis 31. Mai d. J. bei der Gemeindevorstehung in Schiltern einzubringen.

Apotheken-Errichtung. (Dalmatien). Mit Erlass der k. k. Statthalterei in Zara vom 15. März l. J., Z. 7071/IV, wird der Concurs für die Concession einer öffentlichen Apotheke in Comisa ausgeschrieben. Die Bewerber haben ihre Gesuche bis Ende April l. J. bei der Bezirkshauptmannschaft in Lesina mit folgenden Beilagen einzubringen: Geburtsschein, Diplom des erlangten parmaceut. Magistergrades, Nachweis über die bisherige Verwendung, Zeugniss über das moralische Verhalten und endlich Nachweis der Kenntniss der serbocroatischen und italienischen Landessprachen.

Arztesstelle im Markte Putzleinsdorf (Oberösterreich), Bezirk Rohrbach Remuneration für Todtenbeschau und Armenbehandlung 200 fl. Verpflichtung zur Führung einer Hausapotheke. Bewerber haben sich um nähere Auskunft an Johann Schaffer, Gemeindevorsteher in Putzleinsdorf zu wenden.

Gemeindearztesstelle in Vrgorac (Dalmatien). Gehalt 1200 fl. Für Visiten und Gänge besondere Gebühren. Die Dauer des Contractes erstreckt sich auf 3 Jahre. Verlangt wird das Diplom der gesammten Heilkunde und die Kenntniss der kroatischen oder der czechischen oder der slovenischen Sprache. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Gesuche sind bis 15. Juni l. J. an die Gemeindeverwaltung in Vrgorac einzusenden, wo auch nähere Auskünfte ertheilt werden.

Districtsarztesstelle in Hrozna Lhota, Bezirk Göding (Mähren), mit 6 Gemeinden; 4400 Einw., und 39 Qu.-Kilom. Flächenmass. Jahresgehalt 550 fl., Reisepauschale 150 fl., Quartier während der einjährigen provisorischen Anstellung. Gesuche mit dem Nachweise der Eignung und Kenntniss beider Landessprachen sind bis 15. Juni d. J. beim Obmanne der Gesundheitscommission Pavlica in Hrozna Lhota einzubringen.

Sanitätsassistentenstelle bei der k. k. Statthalterei in Prag (Böhmen) mit dem Adjutum jährl. 500 fl. Bewerber um diesen Dienstposten haben ihre mit dem Nachweise über die abgelegte Physicatsprüfung oder aber über einen einjährigen Spitalsdienst belegten Gesuche bis zum 20. Mai 1894 und zwar, falls sie bereits im öffentlichen Dienste stehen, im Wege ihrer vorgesetzten Behörde, beim k. k. Statthalterei-Präsidium in Prag einzubringen.

Drei Assistenzarztesstellen (Niederösterreich) im Status der Aerzte der n.-ö. Landes-Irrenanstalten gelangen mit der vorläufigen Dienstesverwendung in der n.-ö. Landes-Irrenanstalt in Wien in Erledigung. Jahresgehalt von je 600 fl ö. W. Dienstwohnung sammt Beheizung und Verpflegung nach der I. Classe des Anstaltstarifes. Vorläufige Dienstesdauer von 2 Jahren und die Verpflichtung der dreimonatlichen Kündigung im Falle des freiwilligen Dienstaustrittes während dieser Zeit. Bewerber müssen den Nachweis des erlangten Grades eines Doctors der Medicin und Chirurgie oder der gesammten Heilkunde erbringen, die Absolvirung eines klinischen psychiatrischen Curses nachweisen oder sich zum späteren Besuche eines solchen verpflichten und hierüber ein Colloqium mit gutem Erfolge ablegen. Gesuche, welchen auch ein Nachweis der Zuständigkeit, des Alters und der bisherigen Verwendung im ärztlichen Dienste, sowie ein kurzes curriculum vitae anzuschliessen ist, sind an den n-ö. Landesausschuss zu richten und bis 20. Mai, beziehungsweise 15. Juli d. J. bei der Direction der n.-ö. Landes-Irrenanstalt in Wien, IX.. Lazarethgasse 14, thunlichst im Wege persönlicher Vorstellung abzugeben.

Leitende Anstaltsarztestelle in der Privat-Irrenanstalt in Schwarzach-Schernberg (Salzburg). Das Honorar beträgt jährlich 500 fl. und wird in decursiven Monatsraten ausgezahlt. Die Bestellung als leitender Arzt beruht auf einem von beiden Theilen mit halbjähriger Frist kündbaren Vertragsverhältnisse und gibt keinen Anspruch auf einen Pensionsbezug oder eine sonstige Versorgung. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Taufscheine und dem Nachweise über die Erwerbung des Doctorates der gesammten Heilkunde an einer österreichischen Universität versehenen Gesuche bei der fürstlich Schwarzenberg'schen Administration in Schwarzach, St. Veit im Pogau, bis 15. Juni d. J. einzubringen. Bezirksärzte, welche psychiatrische Kenntnisse besitzen und die Aneignung derselben durch ein Zeugniss über eine Dienstleistung an einer psychiatrischen Klinik oder einer öffentlichen Irrenanstalt, oder durch eine Prüfung über Psychiatrie nachzuweisen vermögen, geniessen den Vorzug vor anderen Bewerbern

---

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne,* Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder,* k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9